

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 37

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES HYDATIQUES
DES
ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mars 1927

PAR

René PENEL

Né à Aix-en-Provence, le 26 Octobre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	JEANBRAU, <i>Professeur, Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		RICHE, <i>Professeur.</i>		
		ETIENNE, <i>Agrégé.</i>		
		LAPEYRE, <i>Agrégé.</i>		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU

19, Avenue de Toulouse, -19

1927

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES HYDATIQUES
DES

Organes génitaux chez la Femme

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 37

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES HYDATIQUES

DES
ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Mars 1927

PAR

René PENEL

Né à Aix-en-Provence, le 26 Octobre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	JEANBRAU, <i>Professeur, Président.</i>	} <i>Assesseurs.</i>
		RICHE, <i>Professeur.</i>	
		ETIENNE, <i>Agrégé.</i>	
		LAPEYRE, <i>Agrégé.</i>	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU

19, Avenue de Toulouse, 19

1927

PERSONNEL DE LA FACULTE

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie	MM.	VIALLETON.
Physiologie	MM.	HEDON (E.).
Chimie biologique et médicale	MM.	DERRIEN.
Physique médicale	MM.	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	MM.	N...
Anatomie pathologique	MM.	GRYNFELTT.
Microbiologie	MM.	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	MM.	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	MM.	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	MM.	VIRE.
Hygiène	MM.	BERTIN-SANS.
Médecine légale et médecine sociale	MM.	GAUSSEL.
Clinique médicale	MM.	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	MM.	VEDEL.
Clinique obstétricale	MM.	FORGUE, assesseur.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MM.	ESTOR.
Clinique ophtalmologique	MM.	DELMAS.
Clinique des mal. des enfants et hygiène du 1 ^{er} âge	MM.	EUZIERE, doyen.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MM.	TRUC.
Clinique gynécologique	MM.	LEENHARDT.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MM.	MASSABUAU.
Clinique des maladies des voies urinales	MM.	De ROUVILLE.
Accouchements (ch. de c.)	MM.	MOURET.
Pharmacologie (ch. de c.)	MM.	JEANBRAU.
Matière médicale (ch. de c.)	MM.	N...
Clinique propédeutique de chirurgie (ch. de c.)	MM.	GALAVIELLE.
	MM.	CABANNES.
	MM.	RICHE.

HONORARIAT

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires:

MM. RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, L. VALLOIS.

Secrétaire honoraire: M. IZARD.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie	MM.	DELMAS (J.).
Clinique propédeutique de chirurgie	MM.	BOUDET, professeur.
Histologie	MM.	TURCHINI.
Physiologie	MM.	HEDON (L.).
Chimie appliquée à la clinique	MM.	Docteur CRISTOL.
Médecine opératoire	MM.	SOUBEYRAN.
Pathologie externe	MM.	ETIENNE.
Pathologie chirurgicale et expérimentale	MM.	LAPEYRE.
Accouchements	MM.	DELMAS (P.), professeur.
Pathologie médicale	MM.	GIRAUD.
Pharmacologie	MM.	GALAVIELLE, professeur.
Matière médicale	MM.	CABANNES, professeur.
Hydrologie et Climatologie	MM.	GIRAUD.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MM.	MARGAROT.
Clinique des maladies des vieillards	MM.	BOUDET.
Stomatologie	MM.	Docteur WATON.



AGREGES EN EXERCICE

	MM.	MARGAROT.	Ophtalmologie	MM.	VILLARD.
Médecine	MM.	GIRAUD.	Anatomie	MM.	DELMAS (J.).
	MM.	BOUDET.	Chimie	MM.	N...
	MM.	CARRIEU.	Histologie	MM.	TURCHINI.
Chirurgie	MM.	ETIENNE.	Physique	MM.	LAMARQUE.
	MM.	LAPEYRE.	Physiologie	MM.	HEDON (L.).

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. JEANBRAU, profess., président.	MM. ETIENNE, agrégé.
RICHE, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance et de mon inaltérable
affection.*

A MES AMIS

DOCTEUR F. ROUBAUDY, CH. THOUVENEL

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES

DANS LES HOPITAUX ET A L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MOIROUD

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE MARSEILLE
PROFESSEUR SUPPLÉANT A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANBRAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

A MON JURY DE THÈSE

R. PENEL,

INTRODUCTION

La question des kystes hydatiques des organes génitaux de la femme n'est certes pas d'un intérêt primordial; elle eut cependant son heure de gloire à la fin du siècle dernier, ainsi que le montrent les nombreux travaux dont elle fut l'objet. Aussi nous sommes-nous simplement proposé une mise au point de ce petit chapitre de gynécologie tel qu'il apparaît à la suite des travaux modernes.

Nous ne nous occuperons, dans ce travail, que des kystes des organes génitaux internes, c'est-à-dire de l'utérus et de ses annexes. Il ne nous a pas semblé utile d'étudier les kystes du cul-de-sac de Douglas qui sont généralement dus à des hydatides développées aux dépens soit de la face postérieure de l'utérus, soit de l'ovaire et tombés dans ce cul-de-sac, ainsi que le font souvent les autres tumeurs génitales.

Voici le plan que nous avons l'intention de suivre dans l'exposé de notre sujet.

Après un rapide historique de la question, nous étudierons, dans un chapitre d'étiologie, la fréquence et les causes déterminantes de cette affection.

Nous rappellerons ensuite les différentes théories imaginées pour apporter une solution au problème de la pathogénie de l'échinococcose génitale.

L'étude des lésions déterminées par la présence des kystes hydatiques dans le petit bassin et de leurs rapports avec les autres organes nous fournira le sujet d'un chapitre d'anatomie pathologique.

Nous verrons alors par quels signes cliniques se révèle le développement des hydatides sur l'appareil génital de la femme et quel est le sort des malades atteintes de cette affection.

Dans un chapitre particulier nous étudierons les rapports des kystes hydatiques et de la puerpéralité.

Après avoir vu comment on peut arriver à poser un diagnostic exact, nous nous occuperons de la conduite à tenir en présence de ces tumeurs hydatiques.

Nous ne voulons pas nous engager plus avant dans notre sujet, sans assurer de tout notre respect et de toute notre gratitude, nos Maîtres dans les Hôpitaux et à l'Ecole de Médecine de Marseille, dont les conseils et les leçons nous furent d'un si précieux secours.

Nous tenons à exprimer plus particulièrement notre profonde reconnaissance à M. le professeur Moiroud qui, après avoir toujours été pour nous un chef de service éclairé et bienveillant voulut bien nous inspirer ce sujet de thèse et nous aider de ses conseils dans la réalisation de ce modeste travail.

Que M. le professeur Jeanbrau veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être notre président de thèse.

HISTORIQUE

Il ne nous faut pas remonter bien loin dans l'histoire des sciences médicales, pour retrouver les premiers travaux sur les kystes hydatiques des organes génitaux de la femme. En effet, si l'on excepte Méry, qui, en 1695, montra la présence d'hydatides dans l'ovaire et Meyer qui, en 1794, rapporta un cas de dystocie par kyste hydatique, Laennec semble être le premier à signaler la présence de ces kystes dans l'utérus (1804).

La même année, Portal, dans son « Anatomie médicale », nous fait connaître qu'« une autre espèce d'hydropisie enkystée de l'ovaire, moins connue, mérite aussi notre attention, c'est celle qui est formée par les hydatides ou par leurs vésicules plus ou moins nombreuses et plus ou moins amples ».

Viennent ensuite plusieurs observations isolées dues à Park (1817), Basset (1818) (1), Roux (1828) (2), Barré (1828) (3). Cruveilhier, en 1829, à l'article « acéphalocyste » du « Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques », consacre plusieurs pages à la question.

(1) BASSET. *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1818.

(2) ROUX. *Clinique des Hôpitaux*, t. II, 1828.

(3) BARRÉ. *Bulletin de la Société Anatomique*, 1828.

Nous trouvons encore quelques observations, celles de Law-Crampton, Dubois, Corrigan, Wilton, et une thèse de Chemnitz (1), avant d'arriver au mémoire de Charcot (1852), qui est la première étude d'ensemble ayant paru sur le sujet.

Après cette date, les observations et les travaux vont se multiplier. Nous voyons successivement publier les observations d'Obre (1854), de Leudet (1856), de Blot (1859). En 1860 paraît le « Traité des entozoaires et des maladies vermineuses » de Davaine, dans lequel il est traité des kystes hydatiques pelviens chez l'homme et chez la femme. La même année nous trouvons également une thèse de Neyret (2).

Wiener, en 1877, s'occupe plus particulièrement du diagnostic et du traitement des kystes pendant l'accouchement. L'année suivante, paraît dans les *Annales de Gynécologie*, le travail de Villard et Schatz.

En 1879, au Congrès des Naturalistes et Médecins Allemands tenu à Baden-Baden, Freund fait une intéressante communication qu'il développera plus longuement dans un mémoire paru en 1885.

Le premier travail où nous trouvons décrite l'ablation par laparotomie est la thèse de Brose (3).

En 1884, dans la *Gazette Hebdomadaire*, Porak publie la première étude sur les kystes hydatiques cause de dystocie. Secheyron et Péan, au Congrès de

(1) CHEMNITZ. Thèse de Halle, 1834.

(2) NEYRET. Thèse de Paris, 1860.

(3) BROSE. Thèse de Goettingen, 1882.

Chirurgie de Toulouse (1887) présentent un mémoire sur les kystes utérins et insistent sur les kystes hydatiques. La même année, Pinard fait une leçon sur un cas de dystocie par kyste hydatique; nous retrouvons cette leçon publiée dans les *Annales de Gynécologie* de 1886.

Puis viennent les travaux de Meier Joutag (1889), de Monéger (1892), de Schmidt (1893), de Lavigne Sainte Suzanne (1893), de Dermigny (1894). A noter en 1895 la communication de Demons au Congrès de gynécologie de Bordeaux.

L'année 1896 voit paraître deux thèses: l'une de Lemonnier, sur les kystes hydatiques du ligament large; l'autre de Le Nadan sur les kystes hydatiques de l'ovaire. Benoit, en 1897, soutient, à Paris, une thèse inaugurale où sont étudiés les kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme.

Nous voyons ensuite le dossier des kystes du ligament large s'enrichir de trois nouvelles observations: deux publiées par Boursier (1900) (1) et une par Blanc (1901) (2).

En 1902 nous notons la thèse de Haupt, la communication de Gérard Marchand à la Société de Chirurgie (Séance du 12 février 1902), et une étude très complète « Des kystes hydatiques du bassin et de l'abdomen au point de vue de la dystocie », due à Franta (de Prague) et publiée dans les *Annales de Gynécologie* des mois de mars, avril, juin et décembre 1902.

(1) BOURSIER. *Annales de Gynécologie*, 1900.

(2) BLANC. *Loire Médicale*, 1901.

Puis nous relevons successivement les thèses de Lhuilhier (1903), de Gau (1904), de Frontgous (1908), la relation de Passeron à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Buenos-Aires (1908), la thèse de Lemaire (1910) sur les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas, la publication d'un cas de kyste de la cavité utérine, par Cuzzi (1911), la thèse de Page (1913) et le rapport de Paul Launay à propos d'une observation de P. Alglave (1913).

Enfin parmi les travaux plus récents, il convient de citer ceux de G. Michel et Harmant (1920), de Saunier (1921), de Chueco (1923) et de Dévé (1924) qui, dans son étude sur « les kystes hydatiques du bassin » met au point les questions si controversées de la pathogénie et du traitement de ces kystes.

ETIOLOGIE

Les kystes hydatiques de la sphère génitale chez la femme, tout comme les kystes de même nature des autres organes, sont dus au développement de la larve du *tænia échinocoque*, appelée embryon hexacanthé. Il nous paraît inutile de refaire ici l'étude de l'anatomie et de l'évolution de ce parasite: ce sont des questions, tranchées depuis longtemps, et devenues classiques. Dans ce chapitre, nous nous attacherons surtout à rechercher le rôle des causes occasionnelles qui peuvent expliquer cette localisation des kystes hydatiques.

Tout d'abord, quelle est la fréquence de cette variété de kyste hydatique ? D'après Charcot, les kystes génitaux de la femme viennent, par ordre de fréquence, immédiatement après ceux du foie, du cerveau et du poulmon. Davaine a relevé 88 cas de tumeurs pelviennes qui peuvent se répartir ainsi:

Ovaires	6
Utérus	23
Trompes	1
Cavité	61

Blanchard, se basant sur les observations de Davaine, Bocker, Neisser et Madelung, place les kystes de la

cavité pelvienne au dixième rang des kystes hydatiques. Ces statistiques ne peuvent rien nous apprendre de précis, car les auteurs ne spécifient pas si le parasite s'était développé dans l'organe lui-même ou si la tumeur était simplement accolée à cet organe. Cela n'a rien d'étonnant car lorsque parurent les travaux que nous venons de citer, c'était en général par la ponction vaginale ou rectale que se faisait le diagnostic : la nature de la tumeur était bien reconnue, mais son siège exact ne pouvait être précisé.

Nous retrouvons d'ailleurs la même incertitude dans les travaux les plus récents. Herera Vegas et Daniel-J. Cranwell (1), dans une statistique portant sur 952 cas, observés tant chez l'homme que chez la femme, citent le nombre de 8 pour les kystes des organes génitaux de la femme. Dans un travail, résumé dans les « Comptes rendus d'obstétrique et de gynécologie » de 1926, Lehmann prétend que l'appareil génital de la femme est atteint dans environ 6,8 p. 100 des cas.

Si maintenant nous envisageons la fréquence de ces kystes dans le temps, nous voyons qu'ils s'observent rarement chez les enfants et les vieillards. Les auteurs sont à peu près d'accord pour reconnaître que c'est entre 20 et 40 ans que se révèlent le plus souvent les tumeurs hydatiques. Franta (2) cite les chiffres suivants : sur 374 cas de kystes des organes génitaux et du bassin chez la femme on trouve :

(1) VEGAS (Herera) et CRAMWELL (Daniel.-J.). *Revue de Chirurgie*, 1901.

(2) FRANTA. *Annales de Gynécologie*, 1902.

âge de moins de 20 ans : 36 cas ou 9,4 p. 100 ;

de 20 à 40 ans : 266 cas ou 71,1 p. 100 ;

au-delà de 40 ans : 73 cas ou 19,5 p. 100.

G. Senevet et P. Witas (1), d'après leur statistique, établie en Algérie assignent aux kystes hydatiques, les âges limites de 10 et 30 ans.

En tenant compte que la puberté est plus précoce en Algérie qu'en Europe, nous remarquons que cette période de la vie de la femme, comprise entre 20 et 40 ans correspond assez exactement avec la période de fécondité. Est-ce à dire que la menstruation ou la grossesse ont une influence sur la localisation des échinocoques ? En ce qui concerne la menstruation, il nous semble qu'il n'y ait là qu'une simple coïncidence ; l'enfant plus que l'adulte est exposé à la contamination ; en raison de la lenteur d'évolution de ces kystes, il n'y a rien de surprenant à ce qu'un ténia ingéré par une fillette ne révèle sa présence que quelques années plus tard, lorsque de fillette elle est devenue femme.

Quant à la grossesse, nous nous réservons de revenir sur cette question dans un chapitre spécial. Nous pouvons cependant dire dès maintenant que l'influence de la grossesse est nulle ; tout au plus peut-on avancer qu'elle active la marche de lésions déjà existantes.

Les affections génitales antérieures, pas plus que la grossesse et la menstruation n'ont d'influence sur le développement pelvien de l'échinocoque. Nous croyons

(1) SENEVET et WITAS (P.). Enquête sur l'échinococcose en Algérie. *Archives de l'Institut Pasteur*, t. IV, septembre 1926.

utile de rappeler ici que lamalade de notre observation était vierge et ne présentait absolument aucun antécédent génital, et que, par sa profession de bergère, elle se trouvait en contact fréquent avec des chiens.

Le chien est l'hôte du *tænia* adulte, dont les œufs sont les agents de contamination de l'homme, aussi joue-t-il un rôle prépondérant dans la propagation de la maladie. Vegas et Cranwell attribuent l'énorme quantité de kystes hydatiques observés dans la république Argentine à deux faits : 1° Le nombreux bétail ; 2° Le nombre considérable des chiens mal nourris. Les mêmes auteurs nous apprennent qu'il y a du 40 p. 100 de bêtes à corne et du 60 p. 100 de porcs tués dans les abattoirs qui sont infectés d'échinocoques. Les chiens errants se contaminent, presque à coup sur, en dévorant les viscères de ces animaux. Senevet et Witas insistent, de même, sur la grande fréquence des kystes hydatiques, dans la région des hauts plateaux algériens et en particulier Constantinois, où se fait l'élevage intensif des moutons. Ces faits nous expliquent pourquoi on observe plus fréquemment l'échinococcose chez les gens pauvres vivant à la campagne dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Aucune des causes que nous avons examinées jusqu'ici ne nous a expliqué le pourquoi de cette localisation pelvienne des hexacanthes. L'influence du traumatisme accidentel va-t-elle nous apporter la solution cherchée ? Danlos, dans sa thèse est d'avis que : « Rien n'est plus fréquent, quant on étudie le mode de développement des kystes hydatiques, que de trouver, quand on le cherche, un traumatisme violent comme point de

départ de l'affection » et il ajoute : « Le kyste naît toujours au point percuté ». Il attribue aussi un rôle aux petits traumatismes répétés, tels que ceux produits par le port du corset ; il conclut en ces termes : « Quelle que soit la voie suivie par l'hexacanthé, pour pénétrer dans nos tissus, nous croyons avoir démontré que le traumatisme agit de la même manière dans un cas comme dans l'autre, c'est-à-dire qu'en produisant soit une rupture des vaisseaux, soit une fluxion inflammatoire, il favorise la fixation de l'embryon et lui fournit tous les matériaux dont il a besoin pour sa nourriture ». Il est évident que bien souvent on a pu noter le traumatisme à l'origine des kystes hydatiques ; mais y a-t-il réellement une relation de cause à effet entre le traumatisme et la localisation pelvienne des hexacanthés ? C'est ce qui n'est pas démontré. Le rôle du traumatisme nous apparaît plus net dans la formation des kystes hydatiques secondaires : il peut en effet être invoqué pour expliquer la rupture du kyste primitif situé dans un autre organe. Mais dans ce cas, on ne peut pas dire que le traumatisme joue un rôle localisateur.

PATHOGENIE

Le passage du *tænia échinocoque* du tube digestif du chien à l'organisme humain peut se faire, soit directement, par les caresses de cet animal dont la langue a recueilli les œufs d'échinocoques accrochés aux poils entourant l'anus, soit indirectement, par les légumes consommés crus et les eaux de boisson non filtrées qui ont été souillés par les déjections de chiens porteurs de *tænia*. Les œufs, ainsi ingérés, arrivent dans l'estomac; sous l'action des sucs digestifs qui dissolvent la membrane d'enveloppe, ils mettent en liberté les embryons hexacanthés qui vont, alors, continuer le cycle évolutif du parasite.!

Au point de vue pathogénique, les kystes hydatiques génitaux de la femme peuvent se diviser en deux grands groupes d'inégale importance: les kystes secondaires et les kystes primitifs.

Les kystes secondaires, les plus nombreux, sont dus à des vésicules filles, des scolex, ou même des vésicules proligères, qui, issus, par rupture, d'un kyste siégeant dans un autre organe de la cavité abdominale, continuent leur évolution hors de ce kyste, se greffent et peuvent donner naissance à autant de tumeurs nouvelles. Cette pathogénie, basée sur la théorie des greffes hydatiques de Von Alexinsky (1898) et de Riemann (1899), reprise et rendue classique par Dédé, serait pour

ce dernier le mode habituel de formation des kystes pelviens. C'est aussi l'avis de Lehmann, qui prétend que les kystes secondaires sont dix fois plus fréquents que les kystes primitifs. L'issue de ces éléments, aptes à se greffer, se fait par rupture d'un kyste primitif siégeant en général dans le foie, la rate, plus rarement le rein. Cette rupture peut se produire sous l'influence d'un traumatisme ou d'un effort et être très nettement ressentie par la malade; elle s'accompagne parfois de phénomènes d'intoxication hydatique.

Mais très souvent aucun indice, dans l'histoire de la maladie, ne rappelle cette rupture. On peut alors penser à un autre mode de dissémination : nous voulons parler des kystes secondaires par naissance de vésicules filles exogènes. Ces vésicules prennent naissance sur la face externe de la membrane germinale; elles peuvent se séparer de l'hydatide mère et aller se greffer sur un organe voisin. Cette théorie nous semble bien moins satisfaisante que la précédente, basée sur des faits expérimentaux et cliniques irréfutables.

Faisant la transition entre les kystes secondaires et les kystes primitifs nous trouvons les kystes appelés par Dévé (1) : kystes primitifs hétérotopiques. Ils sont dûs à la rupture de la paroi adventice d'un kyste primitif, situé dans un autre organe; ainsi se trouve libérée la vésicule mère intacte qui tombe dans le péritoine et ne tarde pas à se greffer. Ce sont là, il faut l'avouer, des conditions exceptionnelles et que l'on ne peut invoquer que bien rarement.

(1) DÉVÉ. Les kystes hydatiques du bassin. *Revue de Chirurgie*, 1924.

Contrairement aux kystes secondaires dûs à des éléments parasitaires venus d'une tumeur kystique primitive, les kystes génitaux primitifs proviennent directement du développement de l'embryon hexacanthé sur l'appareil génital. Pour arriver jusqu'à l'appareil génital, les hexacanthés peuvent emprunter plusieurs voies : voie vaginale, voie rectale, voie sanguine.

Nous ne citons ici la voie vaginale que pour mémoire car, en dépit des exemples fournis par Freund et de la préférence que semble lui accorder Gau dans sa thèse, elle est tout à fait inacceptable.

Plus admissible, quoique à peu près aussi improbable, nous apparaît la voie rectale : les embryons hexacanthés, libérés dans l'estomac, cheminent avec le bol alimentaire jusque dans le rectum où ils marquent un temps d'arrêt plus ou moins long ; mettant à profit cette stagnation, les embryons perforent, grâce à leurs crochets, les parois du rectum, et arrivent ainsi dans le tissu sous-séreux où ils vont cheminer, toujours à l'aide de leurs crochets, jusqu'à ce qu'ils se fixent et commencent le développement qui les amènera au stade de kyste hydatique.

D'après Clado (1), après avoir perforé les parois du gros intestin, les hexacanthés « ont pénétré dans les veines hémorroïdales, se sont arrêtés dans le petit bassin et, de là, ils ont voyagé, par les nombreuses communications de ces veines avec les veines utérines et les veines du ligament large, dans les cavités pelviennes ».

(1) CLADO. *Progrès Médical*, 1886.

Cette théorie, rectale et sanguine à la fois, n'a pas reçu de confirmation, ni expérimentale, ni clinique.

La théorie généralement admise pour les kystes primitifs génitaux, est la théorie par voie sanguine. Les embryons, libérés dans l'estomac, perforent les tuniques de l'intestin et peuvent alors emprunter deux chemins différents, mais qui tous deux les amèneront au cœur droit.

Dans un premier groupe de cas, les hexacanthès tombent dans un espace lymphatique, de là suivent le canal thoracique et arrivent dans la veine cave supérieure et le cœur droit. D'autres embryons, toujours après avoir perforé l'intestin, peuvent être pris par la circulation sanguine, passer dans la veine porte, traverser le foie et, par la veine cave inférieure gagner le cœur droit. Du cœur droit, quel qu'ait pu être le chemin qui les y ait conduits, les hexacanthès traversent le poumon, reviennent au cœur gauche et, de là, sont lancés dans la circulation générale qui va les emporter vers les différents organes.

C'est ainsi que nous voyons les embryons hexacanthès arriver dans les organes pelviens, là, à la faveur du ralentissement du courant sanguin dans les capillaires, ils se fixent à la paroi des vaisseaux, les traversent grâce aux mouvements actifs de leur crochets et, arrivés dans le parenchyme de l'organe ou dans le tissu sous-péritonéal vont commencer leur développement. Malgré les nombreuses chances que courent les embryons hexacanthès, d'être arrêtés dans les filtres sanguins que constituent le foie et le poumon, cette théorie nous paraît la plus rationnelle pour expliquer la formation des kystes primitifs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La division en kystes primitifs et kystes secondaires que nous venons d'établir dans le précédent chapitre va se retrouver dans l'étude de l'anatomie pathologique. Nous allons voir en effet que le siège, le nombre et la forme des tumeurs hydatiques diffèrent selon que l'on est en présence de kystes primitifs ou de kystes secondaires.

Les kystes secondaires se trouvent toujours développés dans le tissu sous-séreux. Comment des vésicules ou des scolex libérés dans la cavité péritonéale peuvent-ils donner des kystes sous-péritonéaux ? Dévé, dans son étude sur « Les kystes hydatiques du bassin » va nous donner la réponse à cette question : l'issue de la « graine hydatique » hors d'un kyste extra-génital va mettre en jeu le processus d'enkystement de tout corps étranger tombé dans le péritoine. Il y a d'abord enrobement fibrineux du corps étranger puis endothélisation secondaire de la surface de cet enrobement en voie d'organisation. La tumeur, en s'accroissant, va s'accoler à l'organe recouvert par la partie du péritoine où elle s'est greffée et finira par faire corps avec lui.

Les kystes primitifs peuvent, également, siéger dans le tissu sous-péritonéal ; mais on les rencontre aussi dans le parenchyme et parfois dans la cavité de cer-

tains organes creux tels que les trompes et l'utérus. Lorsque le kyste se développe dans l'organe, le parenchyme comprimé dégénère et disparaît parfois complètement, à tel point que même l'examen histologique n'en montre plus aucune trace.

Le nombre des kystes est très variable; ici encore la pathogénie fait sentir son influence. Si le kyste est unique, il est, en général, primitif. Par contre, on peut affirmer l'origine secondaire des kystes multiples: car il serait difficile d'admettre que plusieurs embryons hexacanthés, même lancés en même temps dans la circulation sanguine, viennent se donner rendez-vous dans cette partie de l'organisme où il est si rare de les voir se développer.

Ces kystes multiples peuvent être accolés les uns aux autres et être compris dans une même adventice, ce qui les avait fait dénommer improprement: kystes multiloculaires ou alvéolaires. Parfois, au contraire, ces kystes sont disséminés dans la cavité pelvienne, ce qui explique qu'on puisse trouver, à côté de kystes génitaux purs, des kystes juxta-génitaux issus les uns et les autres d'un même kyste primitif.

Les kystes primitifs sont, en général, de forme arrondie à surface régulière; il en est de même des kystes secondaires bien séparés les uns des autres. Les kystes secondaires agglomérés forment une tumeur irrégulière bosselée, mamelonée. Le siège du kyste peut influencer sur la forme de celui-ci: c'est ainsi que dans le cas rapporté par Benoit à la Société Anatomique de Paris « la tumeur avait une forme bizarre, elle ressemblait assez bien à un amas d'anses intestinales. Après avoir dissé-

qué les adhérences réunissant les différentes anses formées par les trompes enroulées à la façon de l'intestin, on arrive à séparer nettement chacune d'elle: la trompe droite mesure 57 cm.; la gauche, 53 cm., soit une longueur de 1 m. 10 pour les deux ».

Les dimensions des kystes sont, en général, plus modestes: leur volume varie entre celui d'un œuf de poule et celui d'une tête d'adulte. Exceptionnellement on a pu observer des kystes envahissant tout l'abdomen et remontant jusqu'au diaphragme.

La structure des kystes génitaux est en tout point semblable à celle des autres tumeurs hydatiques.

La paroi, plus ou moins épaisse est formée de couches appartenant les unes à l'organe atteint, les autres au parasite lui-même. Les couches dues à l'organe sont: le péritoine, le parenchyme plus ou moins détruit, et une couche de tissu fibreux réactionnel. La paroi du parasite comprend deux couches: la membrane cuticulaire et la membrane germinative. Appendues à cette dernière membrane, aux dépens de laquelle elles se développent, se trouvent des vésicules filles et des vésicules proligères.

Le contenu est formé par le liquide hydatique, clair, incolore, « eau de roche » ou légèrement jaune citrin, qui tient en suspension les vésicules filles détachées de la membrane germinative. Ces vésicules filles peuvent être plus ou moins nombreuses et plus ou moins volumineuses; en général, les kystes pelviens contiennent un plus grand nombre de vésicules filles que ceux des autres organes. Dans le liquide hydatique se trouve encore le sable hydatique formé par les crochets et les scolex détachés des vésicules proligères.

Parfois se développent, au dépens de la face externe de la membrane germinative, des vésicules filles exogènes qui pénètrent dans l'adventice.

Le contenu des kystes peut aussi être franchement purulent; on se trouve alors en présence de kystes envahis par des germes pathogènes venus très probablement de l'intestin.

Lorsque le parasite meurt, soit à la suite d'une rupture, soit pour toute autre raison, le kyste entre en involution: l'adventice devient en général très épaisse, s'infiltre parfois de sels calcaires; la membrane germinative gélatiniforme se ratatine; le contenu, pâteux, d'aspect caséeux est riche en cholestérine. C'était le cas pour notre malade qui présentait un kyste pré-vésical en involution, très probablement à la suite d'une rupture qui avait mis en liberté les éléments d'où était issu le kyste ovarien, bien vivant et en plein développement.

Les rapports des kystes sont parfois très difficiles à préciser en raison des nombreuses adhérences et du désordre qu'ils créent dans tout le bassin. Nous allons d'abord étudier les rapports des kystes de l'appareil génital avec les autres organes pelviens; nous nous occuperons ensuite des kystes de chaque organe en particulier.

Quelle que soit l'origine de la tumeur, celle-ci est toujours recouverte par le péritoine; si parfois on a pu noter que son pôle supérieur en était dépourvu, c'est que le péritoine distendu par le développement du kyste s'était éraillé à ce niveau. En dehors de cette distension, le péritoine présente de nombreuses adhérences lamelleuses et vasculaires reliant, en général, la

tumeur aux organes voisins, rarement, à la paroi antérieure de l'abdomen; elles sont les vestiges de poussées de pelvi-péritonite et constituent, lors de l'intervention, une difficulté parfois insurmontable.

La vessie, plus ou moins adhérente à la tumeur, est, en général, refoulée au-dessus de la symphyse pubienne; les fibres musculaires en sont hypertrophiées. On peut également noter une dilatation très marquée de cet organe, lorsque le kyste exerce une compression au niveau du col vésical.

Les uretères, d'après Dévé, ne seraient pas comprimés directement par la tumeur contre les parois du petit bassin, mais seraient plutôt écrasés par la distension excentrique des aponévroses au milieu desquelles ils cheminent. Quelle que soit la façon dont se produise leur oblitération plus ou moins complète, il y a toujours dilatation au-dessus du point comprimé ou écrasé. Cette dilatation peut gagner le bassinet et même le rein, entraînant une hydronéphrose compliquée de néphrite atrophique.

Du côté de l'urèthre, on note également la compression pouvant parfois gêner considérablement la miction et empêcher le catheterisme.

Le rectum est certainement l'organe le plus lésé par le développement des kystes hydatiques génitaux. La compression amène un aplatissement du rectum qui, s'il n'arrête pas complètement le cours des matières fécales, met un obstacle sérieux à leur évacuation. Les parois rectales s'atrophient au niveau du point comprimé; cette atrophie peut aller jusqu'à la destruction des parois et leur perforation. Par contre, au-dessus de

l'obstacle s'observe une hypertrophie des fibres musculaires rectales.

Les vaisseaux et les nerfs du petit bassin échappent, en général, à l'action des kystes hydatiques. On peut cependant observer de l'œdème des membres inférieurs par compression de la veine cave inférieure et des douleurs ou des fourmillements localisés dans ces membres et dûs à la compression ou plutôt à l'irritation de voisinage du plexus sacré.

Si maintenant nous considérons les kystes de chaque organe dans ses rapports avec les autres parties de l'appareil génital, nous constatons qu'ils produisent des désordres analogues.

Un caractère commun aux kystes de l'ovaire, de la trompe et de l'utérus est leur indépendance et leur mobilité au début; mais, par la suite, des poussées inflammatoires ne tardent pas à créer des adhérences qui fixent ces kystes.

La tumeur hydatique de l'ovaire se développe dans une moitié, droite ou gauche du bassin, elle refoule de l'autre côté l'utérus plus ou moins déformé et atrophié. Le vagin, suivant l'utérus, est également dévié de la ligne médiane et plus ou moins aplati transversalement. La trompe du côté atteint se trouve accolée au kyste, soit en avant, soit sur le côté. Ces kystes ovariens ont fréquemment tendance à envahir le cul-de-sac de Douglas et à venir ainsi se placer entre le rectum et l'utérus, auxquels ils ne tardent pas à adhérer.

Les kystes de la trompe présentent des rapports analogues. L'ovaire du côté malade se trouve souvent écrasé entre la tumeur et les parois du bassin, il en résulte pour lui une atrophie plus ou moins complète.

Les tumeurs formées aux dépens du ligament large se trouvent plus profondément enclavées dans le bassin; elles dévient l'utérus en lateroversion ou le déforment en latéroflexion. Le vagin, fortement aplati, présente une saillie du cul-de-sac correspondant. La trompe et l'ovaire homonymes se trouvent reportés en haut et en avant et coiffent, en quelque sorte la tumeur.

Les kystes de l'utérus se présentent sous deux aspects: kystes de la cavité et kystes de la paroi. Les kystes de la cavité distendent l'utérus exactement de la même façon que le kyste fœtal pendant la grossesse; leurs rapports sont donc ceux de l'utérus gravide de volume correspondant à celui de la tumeur. Les kystes de la paroi se développent généralement dans la paroi postérieure et forment alors des tumeurs accolées à l'utérus et comprises entre celui-ci et le rectum.

SYMPTOMATOLOGIE

Les kystes hydatiques génitaux ont tous, au début, une évolution insidieuse pendant un temps plus ou moins long. Les premiers signes qui attirent l'attention des malades, sont assez variables: tantôt c'est uniquement le développement exagéré de l'abdomen (la malade observée par Cuzzi (1) n'en a fait la remarque que lorsqu'elle a été grosse comme enceinte de six mois), tantôt c'est la présence d'une tumeur absolument indolore perçue, à la palpation, par la malade elle-même. D'autres fois ce sont des douleurs qui ouvrent la scène: douleurs vives présentant des périodes de calme et des périodes d'exacerbation (Benoit) (2), ou bien simple sensation de gêne, de pensanteur le soir après le travail (Blanc) (3). Parfois encore nous voyons des symptômes digestifs précéder de quelque temps l'apparition de la tumeur (Pellot) (4), (Page) (5) — ce sont en général des nausées et des vomissements. Les troubles menstruels sont assez souvent notés au début sous forme soit de metrorrhagies

(1) CUZZI. *Journal de Chirurgie de Paris*, 1911, p. 354.

(2) BENOIT. Thèse de Paris, 1897. Obs. I.

(3) BLANC. *Loire Médicale*, 1901, t. XX, p. 160.

(4) PELLOTT. In thèse Le Nadan. Obs. III

(5) PAGE. Thèse de Paris, 1913. Obs. II.

(Havage) (1), soit de suspension plus ou moins prolongée des règles sans cause apparente (Potocki) (2). D'autres fois encore ce sont des poussées de pelvi-péritonite dues à l'inflammation du kyste qui amènent la malade à consulter. Notons comme tout à fait exceptionnel le début rapporté par Gérard Marchand (3) : la malade présentait un amaigrissement notable accompagné de fatigue et de courbature, elle fut traitée pour anémie ; ce n'est que huit mois plus tard qu'apparurent les premiers signes de localisation pelvienne.

Il arrive fréquemment que la tumeur, jusque-là méconnue par la malade soit découverte lors d'un examen gynécologique ou lors d'un accouchement plus ou moins compliqué par la présence du kyste.

Cette période de début de durée très variable finit par faire place à la période d'état : les symptômes sont alors ceux des tumeurs liquides pelviennes auxquels viennent se surajouter les signes propres aux kystes hydatiques.

SIGNES SUBJECTIFS. — Le plus important de ces signes subjectifs, celui qui motive le plus souvent l'examen médical, est la douleur. Les malades la localisent nettement au bas-ventre, dans la région sus-pubienne ou dans une des fosses iliaques suivant le siège de la tumeur ; fréquemment elles signalent des irradiations doulou-

(1) HAVAGE. *In* thèses. Le Nadan. Obs. X.

(2) POTOCKI. *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, p. 334, avril 1886.

(3) MARCHAND (G.). *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1902 (Séance du 12 février).

reuses dans la région lombaire, plus rarement dans les membres inférieurs ou la région épigastrique.

Cette douleur, simple sensation de pensanteur ou d'hypertension au début, ne tarde pas à devenir continue; elle est exacerbée par la fatigue, la station debout. Dans certains cas, les malades accusent des tiraillements, des élancements plus ou moins vifs et passagers (Bouley) (1). Mais plus souvent on observe des crises douloureuses se reproduisant d'une façon assez irrégulière et laissant entre elles un temps de repos de durée très variable.

Lors de ces crises, la douleur est en général très vive, obligeant la malade à garder le repos complet, elle s'irradie très souvent et s'accompagne parfois de nausées et de vomissements. Ces crises paroxystiques peuvent éclater sans cause apparente, mais en général elles se produisent lors des règles, soit pendant (Page, obs. I), soit après (G. Marchand), ou bien à l'occasion d'une fonction physiologique des organes du bassin: coït, défécation, miction. Elles se terminent parfois par un écoulement leucorrhéique abondant, épais et visqueux (Victor Veau) (2).

On observe fréquemment que les douleurs, très vives tant que le kyste reste contenu dans le petit bassin, se calment ou même disparaissent lorsque la tumeur s'élève au-dessus du détroit supérieur pour évoluer dans l'abdomen.

(1) BOULEY. *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1881, p. 258.

(2) VEAU (V.). *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1896, p. 667.

Par ordre de fréquence viennent ensuite les troubles urinaires consistant surtout en pollakiurie et dysurie.

La pollakiurie est la plus souvent mentionnée (Lemaire) (1), (Schatz) (2); les mictions sont plus ou moins répétées et plus ou moins impérieuses. On voit parfois la pollakiurie aller jusqu'à l'incontinence complète, comme dans le cas observé par Bouley où cette incontinence dura 14 ans, puis finit par faire place à de la rétention. La miction peut être aussi plus ou moins difficile et douloureuse du fait de la compression et de l'irritation dues au kyste (Blanc-Benoit, obs. I, etc.) La rétention complète d'urine est très rarement signalée (Dermigny) (3) chez la femme alors qu'elle est relativement fréquente dans les kystes hydatiques du petit bassin chez l'homme. Cela tient peut-être, comme le fait remarquer Lhuillier (4), à la conformation du bassin qui, chez la femme, est fait pour le développement de l'œuf humain et dont le kyste hydatique tire parti. Dans certains cas, les troubles urinaires peuvent, par leur retentissement sur le rein, aller jusqu'à produire des phénomènes d'urémie; c'est ainsi que mourut la malade observée par Bouley.

Les troubles digestifs, en dehors des nausées et des vomissements qui se produisent en général au début de l'affection consistent en une constipation opiniâtre (P.

(1) LEMAIRE. Thèse de Paris, 1910. Obs. I.

(2) SCHATZ. In thèse Lemonnier. Obs. I.

(3) DERMIGNY. Thèse de Paris, 1894. Obs. I.

(4) LHUILLIER. Thèse de Paris, 1903.

Alglave (1), Meier Sontag (2), J. Cramwell (3), etc.) Cette constipation résistant parfois à toute thérapeutique, peut alterner avec des débâcles diarrhéiques. En général, la défécation est douloureuse, s'accompagnant parfois de ténésme rectal; les selles sont rubanées. Rarement cette difficulté de la défécation peut atteindre l'occlusion complète, cependant Havage rapporte le cas d'une femme qui mourut en présentant des signes d'occlusion intestinale (douleurs, vomissements fécaloïdes) consécutifs à une constipation de plus en plus opiniâtre; à l'autopsie, la masse intestinale était très distendue, le rectum était complètement écrasé par un kyste du volume d'une tête fœtale.

Les troubles menstruels sont bien moins fréquents que les autres troubles que nous venons de voir; ils ne présentent aucun caractère spécifique. Tantôt nous voyons les règles rester normales et régulières, mais s'accompagner de douleurs très vives; tantôt ce sont des métrorrhagies ou plus souvent des retards de règles. Ces retards peuvent être de quelques jours, comme chez la malade de Villard (4), ou d'une durée plus longue (un an dans le cas de S. Clark) (5), ou même les règles disparaissent complètement, ainsi que nous le voyons dans le cas observé par Pellot. Parfois les règles devien-

(1) ALGLAVE (P.). In rapport de Paul Launay, *Bull. Soc. de Chirurgie de Paris*, 1913, p. 1018.

(2) MEIER SONTAG. In thèse Dermigny. Obs. II.

(3) CRAMWELL. In thèse Lemaire. Obs. VI.

(4) VILLARD. *Annales de Gynécologie, Paris*, 1878, p. 102.

(5) CLARK (S.). *Analyse in Journal de Chirurgie*, 1909, p. 228.

nent irrégulières et plus abondantes (Benoit, obs. I), pour se supprimer par la suite (Potocki).

Quant aux troubles circulatoires, ils sont rarement observés; Tittel (1) rapporte le cas d'une femme qui présentait de l'œdème des membres inférieurs et de la vulve s'accompagnant d'une ascite de moyenne intensité. Ces troubles sont imputables à la gêne apportée à la circulation de retour par la tumeur qui s'élevait jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

SIGNES OBJECTIFS. — L'inspection ne nous apprend, en général, que peu de chose: on note le développement anormal de l'abdomen, la tension des parois; parfois chez les personnes maigres, on voit nettement la tumeur saillir dans telle ou telle partie du bas-ventre.

La percussion va, de même, nous fournir peu de renseignements. La matité observée peut, parfois, être plus ou moins masquée par les anses intestinales interposées; en tout cas, elle ne se déplace pas suivant les changements de position de la malade.

Par la palpation, on prend connaissance de la forme de la tumeur — en général lisse, arrondie si le kyste est unique, bosselée si les kystes sont multiples — de ses dimensions, de la hauteur à laquelle elle s'élève au-dessus de la symphyse pubienne. Si on a affaire à des kystes multiples plus ou moins isolés, on trouve une série de masses arrondies, indépendantes ou accolées les unes aux autres; la palpation nous renseigne sur leur nom-

(1) TITTEL. *In* thèse Gau. Obs. XII.

bre et leur position ; elle nous montre en outre l'indépendance de la tumeur de la paroi abdominale antérieure.

C'est encore la palpation qui nous révèle la consistance de la tumeur : tantôt dépressible, molle, fluctuante, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, ferme, tendue, rénitente. Si l'on a affaire à une malade maigre, on pourra facilement sentir un sillon très net séparant la tumeur du pourtour du petit bassin, et, si le kyste n'est pas utérin, un autre sillon, parfois à peine marqué, entre la tumeur et le corps de l'utérus.

La palpation, généralement indolore, peut provoquer une douleur assez vive et être gênée par la résistance de la paroi contractée.

Le toucher vaginal, parfois très douloureux et très difficile, nous renseigne toutd'abord sur la déformation, la déviation et le degré de compression du vagin. Le col souvent très difficile à atteindre est en général élevé, caché derrière la symphyse pubienne contre laquelle il est appliqué. On peut également le trouver plus ou moins dévié de la ligne médiane. De consistance en général normale, il peut parfois être ramolli avec des lèvres plus ou moins effacées.

Si le kyste est extra-utérin, on trouve dans un des culs-de-sac, en général latéral ou postérieur, une tumeur dure, tendue, rénitente, à peu près indolore, séparée par un sillon, plus ou moins net, de l'utérus dévié et refoulé dans la partie opposée du bassin. Si la tumeur est intra-utérine (cas de Cuzzi, de S. Clark), on a tout à fait l'impression d'un utérus gravide.

Le toucher vaginal associé au palper, permet de préciser les renseignements fournis par le toucher seul, et

en outre de délimiter nettement la tumeur et d'en apprécier le volume et la consistance. On peut également percevoir la sensation de flot. En essayant de la mobiliser, on voit si la tumeur fait ou ne fait pas corps avec l'utérus; on apprécie également sa mobilité qui est en général très faible en raison des adhérences.

Le toucher rectal ne doit jamais être oublié. Il permet de situer exactement le kyste en avant du rectum et d'apprécier le degré de compression de celui-ci.

L'auscultation, rarement pratiquée, a permis à Cuzzi d'entendre un souffle analogue au souffle utérin de la grossesse, plus particulièrement perceptible sur les parties latérales. Bland Sutton (1) note également un bruit de souffle, synchrone au pouls, dans un cas de kyste hydatique développé aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus.

Signes propres aux kystes hydatiques. — Le frémissement hydatique est considéré comme le signe pathognomonique de ces kystes. Il a été très rarement observé dans les kystes pelviens, soit qu'il n'ait pas été perçu, soit, plus probablement, qu'il n'ait pas été cherché. Il a été trouvé par Davaine, Gueniot, Tillaux; Havage rapporte qu'il perçut « une sorte de frémissement hydatique ». Dans l'observation I relatée par Frontgous (2) dans sa thèse, le diagnostic de la nature du kyste put être fait grâce à la perception très nette de ce frémissement hydatique.

(1) BLAND SUTTON. In thèse Benoit. Obs. XLIII.

(2) FRONTGOUS. Thèse de Bordeaux, 1908.

Mais le frémissement n'est pas l'apanage exclusif des kystes hydatiques; on a pu l'observer dans d'autres affections: en effet, Bamberger l'a constaté dans l'ascite, Potain dans une hydronéphrose, Abadie et Moitessier dans deux cas de kystes parovariques coexistant avec un kyste de l'ovaire.

L'évacuation spontanée d'hydatides a une valeur incontestable, mais elle est très rare et ne doit pas être attendue, car elle constitue une dangereuse complication. Cette issue des hydatides se fait en général par le vagin (Schatz-Villard), mais elle peut se produire par le rectum et exceptionnellement par la vessie. Dermigny, dans sa thèse (Obs. VII) rapporte une observation de Freund et Chadwick, dans laquelle la malade évacua des hydatides par la vessie, puis par le vagin et enfin par le rectum; à l'autopsie, le kyste communiquait avec l'utérus, le vagin et le rectum. L'ouverture spontanée du kyste est, en général, suivie de la suppuration et de ses conséquences.

Un autre signe, moins sûr que le précédent, mais qui constitue cependant un sérieux appui pour le diagnostic, est la constatation de symptômes d'intoxication hydatique. C'est en général à la suite d'un traumatisme ayant amené la rupture du kyste que l'on voit se produire le tableau de l'intoxication hydatique. Lors de la rupture, la malade ressent une vive douleur et a la sensation d'un déchirement dans l'abdomen; quelques heures après apparaît une urticaire plus ou moins étendue, durant parfois plusieurs jours (V. Veau), puis tout rentre dans l'ordre. Parfois en même temps que l'urticaire on note des vomissements s'accompagnant de douleurs vives.

Dans certains cas, l'urticaire fait défaut et les vomissements et la douleur sont les seules manifestations de l'intoxication.

La ponction, autrefois couramment pratiquée en tant que moyen diagnostique est absolument abandonnée de nos jours. Elle expose en effet à de nombreux dangers tels que l'infection de la poche kystique et l'écoulement du liquide dans le péritoine.

L'infection de la poche entraîne la suppuration du kyste et toutes ses complications.

L'écoulement du liquide dans le péritoine produit, si le kyste est déjà suppuré, une péritonite généralisée; si le liquide n'est pas septique son écoulement peut amener des phénomènes d'intoxication hydatique ou l'ensemencement des vésicules et leur greffes sur le péritoine.

D'autre part, la ponction n'est probante que si on trouve du liquide et dans ce liquide des vésicules filles, scolex ou des crochets; or il arrive fréquemment que la ponction soit blanche en raison des nombreuses vésicules filles qui emplissent en totalité le kyste.

EVOLUTION — COMPLICATIONS — PRONOSTIC

L'évolution des kystes hydatiques génitaux doit être envisagée dans deux cas : 1° On laisse le kyste évoluer tout seul ; 2° On intervient thérapeutiquement.

EVOLUTION NATURELLE. — Dans le premier cas, l'évolution est lente : elle peut se prolonger pendant plusieurs années. Il est difficile de fixer, même approximativement, la durée de cette évolution, car le début, toujours insidieux, ne peut être connu exactement ; il arrive même que ce ne soit qu'au cours d'une autopsie ou d'une intervention que l'on s'aperçoive de la présence de kystes hydatiques que rien, jusque là, n'avait pu faire soupçonner. Le développement de ces kystes est en effet compatible, pendant longtemps, avec un bon état général.

La guérison spontanée, observée quelquefois est exceptionnelle et on fera bien de ne pas l'attendre. Elle peut se faire soit par ouverture du kyste et évacuation de la totalité du parasite, soit par mort de celui-ci. Cette mort de l'hydatide peut survenir à la suite de la compression subie par le kyste enclavé dans le bassin, ou bien par inanition due à la torsion ou à la compression du pédicule vasculaire de la tumeur. Un mode de mort assez fréquent est la suppuration.

L'hydatide qui échappe à la mort, ce qui est presque

la règle, continue son développement et augmente sans cesse de volume. La tumeur qui jusque là était restée, en général insoupçonnée va révéler sa présence par des douleurs et des phénomènes de compression.

La vessie qui n'avait été qu'irritée par la présence du kyste, va subir une compression qui mettra un obstacle plus ou moins sérieux à l'émission de l'urine. Les uretères également comprimés vont se dilater, le rein ne tardera pas à faire de même. L'hydronéphrose compliquée de néphrite atrophique se terminera généralement par l'urémie ou la pyélonéphrite.

Du côté du rectum la compression qui, au début, ne produisait que de la constipation simple, produit bientôt une constipation réfractaire à tout moyen thérapeutique. La mort par occlusion intestinale est cependant exceptionnelle; plus fréquemment la coprostase favorise le développement des germes pathogènes qui peuvent alors envahir le kyste.

Cette invasion du kyste par les germes pathogènes peut se faire par ouverture spontanée de la poche kystique dans le rectum; plus souvent elle a lieu par voie sanguine et l'ouverture dans le rectum est alors secondaire à la suppuration. Rarement on verra la suppuration se tarir et le kyste se refermer; en général, ou il persiste une fistule, ou les phénomènes infectieux ont tendance à se généraliser et l'issue fatale se fait par septicémie.

En dehors de cette ouverture du kyste après suppuration on a pu noter des ruptures brusques sous l'influence soit d'un traumatisme, soit d'un effort. Cette rupture, si elle se fait dans le péritoine, peut entraîner des compli-

cations plus ou moins graves suivant son contenu. Rarement un kyste suppuré se rompt dans le péritoine car des adhérences nombreuses et solides ont eu le temps de se former.

Si le kyste n'est pas suppuré, l'issue de liquide hydatique dans la cavité péritonéale produit des phénomènes d'intoxication hydatique qui peut revêtir trois formes de gravité différente.

Dans la forme bénigne, peu après la rupture, apparaît une urticaire d'étendue et de durée variables. Cette poussée d'urticaire peut s'accompagner de fièvre et phénomènes gastriques tels que : nausées, vomissements, anorexie. Nous voyons dans la forme suivante, forme grave, l'urticaire passer au second plan et ne devenir qu'un symptôme accessoire. Ce sont les accidents syncopaux et le collapsus qui dominent la scène; ils peuvent être remplacés par des accidents péritonéaux ou des troubles nerveux : céphalalgie, anxiété, agitation. Enfin dans la forme mortelle, heureusement rare, les accidents sont très précoces : quelques secondes à quelques minutes à peine, après la rupture. Ce sont en général soit une syncope mortelle, soit une dyspnée intense atteignant rapidement l'apnée complète. On peut observer des manifestations d'œdème aigu du poumon d'origine réflexe; les accidents nerveux sont plus marqués que dans la forme précédente : agitation, délire et surtout attaque épileptiforme.

Ces accidents, quelle que soit leur gravité, semblent liés à un état anaphylactique produit par imprégnation toxihydatique chronique par dialyse lente des poisons échinococciques à travers la paroi vésiculaire intacte

(Quénu et Duval). L'issue du liquide lors de la rupture ne ferait que déclancher la crise anaphylactique.

Une autre conséquence de la rupture d'un kyste hydatique dans le péritoine, mais à plus longue échéance, celle-là, est la généralisation des échinocoques sur toute la surface du péritoine. La cavité péritonéale est alors envahie en totalité par des kystes de volume restreint, mais pouvant se compter par centaines : toute intervention est alors impossible.

Une terminaison, de plus en plus rare de nos jours, car on intervient en général avant qu'elle se produise, est la cachexie hydatique. Au bout d'un temps généralement assez long, la malade maigrit, perd ses forces, l'anorexie s'installe, les téguments prennent une teinte jaunâtre : On assiste, en somme, à une cachexie analogue à celle des tumeurs malignes, mais moins profonde et plus lente à se produire.

EVOLUTION POST-OPÉRATOIRE. — Grâce aux progrès de la technique chirurgicale et à l'habileté des opérateurs, la plupart de ces complications sont évitées de nos jours. Cependant la guérison définitive, après une intervention chirurgicale est difficile à affirmer. Dans les cas de kystes uniques, primitifs, faciles à extirper en bloc, on peut arriver à une certitude de guérison, mais dans les autres cas, le doute persiste jusqu'à ce que, en raison du temps écoulé, il n'y ait plus de récédive à craindre.

Les récédives sont en général dues à l'oubli d'un kyste trop peu développé pour être vu lors de l'opération ou aux greffes post-opératoires des vésicules filles ou des scolex sur le péritoine des autres organes, mal protégé

pendant l'intervention. On peut également voir des greffes se produire dans la section de la paroi abdominale et le tissu cellulaire sous-cutané. Les récidives *in situ* sont dues à la contamination de la poche pendant l'extirpation de la vésicule mère en lambeaux : un fragment de membrane germinative, une vésicule fille exogène des scolex invisibles laissés dans la paroi de la poche suffisent pour reproduire un nouveau kyste. Ces greffes hydatiques post-opératoires ont été étudiées par Dévé qui fit paraître, sur ce sujet, un article dans la *Revue de Chirurgie* de 1902.

Quelques années plus tard, en 1911, le même auteur publia un travail très complet sur « l'intoxication hydatique post-opératoire ». Cette intoxication est en tous points semblable à celle qui est due à la rupture traumatique du kyste. La création de l'état anaphylactique peut être imputable à une ponction exploratrice pratiquée quelques jours auparavant pour éclairer le diagnostic ; c'est une raison de plus pour rejeter la ponction comme moyen diagnostique.

La suppuration post-opératoire du kyste ne se voyait que lorsqu'on traitait les tumeurs hydatiques par la ponction évacuatrice. L'abandon presque complet de la ponction comme moyen de traitement et l'asepsie observée dans les quelques cas où elle est indiquée expliquent la rareté de cette complication post-opératoire.

PRONOSTIC. — D'après ce que nous venons de voir sur l'évolution des kystes hydatiques, nous remarquons que, si on laisse évoluer la tumeur, le pronostic est presque toujours fatal : la malade succombe soit à une des nom-

breuses complications, soit à la cachexie hydatique. La guérison spontanée est, nous l'avons vu, plus que problématique.

Grâce à l'intervention, le pronostic s'améliore considérablement, surtout si elle est précoce et complète. Une intervention précoce a l'avantage de délivrer la femme du danger, toujours possible, de complication et d'intervenir sur un kyste qui n'a pas encore eu le temps de contracter des adhérences.

Au point de vue opératoire, le pronostic est en effet assombri par la présence d'adhérences multiples : l'intervention devient alors très longue et très dangereuse. On risque, en libérant la tumeur, de voir ces adhérences parfois très vasculaires, produire des hémorragies difficiles à arrêter ; on est encore exposé à la rupture du kyste, à la perforation de l'intestin adhérent ou à la section d'un uretère plus ou moins confondu avec la paroi du kyste.

KYSTE HYDATIQUE ET GROSSESSE

Dans le chapitre d'étiologie, nous avons volontairement laissé de côté ce qui avait trait à l'influence de la grossesse sur les kystes hydatiques. Il nous a en effet semblé plus logique d'étudier en un même chapitre d'une part l'influence des kystes hydatiques sur la grossesse, le travail et les suites de couches, d'autre part l'influence de la puerpéralité sur les kystes hydatiques.

INFLUENCE DES KYSTES HYDATIQUES SUR LA GROSSESSE. —

Les kystes gênent en général fort peu la fécondation : on voit en effet les porteuses de kystes hydatiques pelviens devenir enceinte même à plusieurs reprises. Franta (1) publia en 1900 l'observation d'une femme qui, en dépit de deux kystes développés dans le ligament large, eut sept accouchements à terme entre 24 et 34 ans. Les kystes hydatiques ne sont un obstacle à la fécondation que s'ils occupent ou compriment fortement soit l'utérus, soit les deux trompes ou les deux ovaires.

Quant au cours de la grossesse, il ne semble pas autrement troublé par la présence d'un kyste hydatique pelvien ; c'est l'avis exprimé par Péan et Secheyron, ainsi que par Franta.

Lors du travail, le kyste hydatique se révèle une cause de dystocie qui, quoique rare, n'en est pas moins redoutable. La durée du travail est toujours considérablement

(1) FRANTA. *Annales de Gynécologie*, 1900, p. 593.

prolongée; la femme observée par Franta resta en travail, pour tous ses accouchements, pendant deux jours et demi ou trois jours. Dans l'observation de Pinard (1) le travail dura trois jours et l'accouchement ne put se terminer qu'après que l'on eut ôté l'obstacle par une ponction vaginale.

Franta (2), dans un important travail paru en 1902, rapporta les constatations faites lors de 51 accouchements compliqués par des kystes hydatiques.

« Sur la marche de l'accouchement, écrit-il, exercent une influence importante, non seulement le volume, le nombre et le siège anatomique des kystes hydatiques, mais encore leur position pendant le travail, leur mobilité et leur compressibilité ». Il donne en outre le tableau suivant résumant les résultats de ces accouchements.

ACCOUCHEMENTS		NOMBRE	RÉSULTATS POUR LES ENFANTS				
			VIVANTS	MORTS	?		
Spontanés	}	l'obstacle existant.....	8	2	4	2	
		l'obstacle étant écarté....	8	3	2	3	
Opératoires	{	L'obstacle existant	Application de forceps.....	8	6	2	
			Extraction manuelle.....	1		1	
			Version et extract. manuelle.	5		5	
			Perforation cranioclasie....	4		4	
			Opération césarienne.....	3	2	1	
	{	L'obstacle écarté	Application de forceps.....	11	3	4	4
			Extraction manuelle.....	1		1	
			Perforation cranioclasie ou céphalotripsie	2		2	
TOTAUX....		51	16	26	9		

(1) PINARD. *Annales de Gynécologie*, 1888, p. 249.

(2) FRANTA. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1902, t. VII, pp. 166-296-420; t. VIII, p. 401.

Il faut retenir les résultats désastreux de la version suivie d'extraction qui, sur cinq fois où elle fut pratiquée amena cinq fois la mort de l'enfant et, ce qui n'est pas noté dans ce tableau, deux fois la mort de la mère par rupture utérine.

D'après les constatations de Franta nous voyons donc que sur 42 accouchements où les résultats sont mentionnés, il y eut 26 morts: ce qui donne une proportion de 62 p. 100.

Le pronostic pour les mères est meilleur mais reste cependant assez sombre: On note la mort dans 30 p. 100 des cas. Les suites de couches se trouvent aussi fâcheusement influencées par les kystes hydatiques. En effet, d'après Franta, elles sont pathologiques dans 78,6 p. 100 des cas. Il faut voir là le résultat de la longueur du travail et des manœuvres que l'on est appelé à faire pour terminer l'accouchement.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES KYSTES HYDATIQUES.
— C'est fréquemment au cours d'un examen pratiqué pendant une grossesse ou un accouchement que se révèle pour la première fois la présence d'un kyste hydatique.

Pour Franta, la grossesse a une influence manifeste: « Les kystes hydatiques connus auparavant qui n'augmentaient de volume que très lentement, commencent bien souvent à se développer beaucoup plus vite pendant la grossesse ».

Le travail a une action plus évidente encore: au cours de l'accouchement, le kyste comprimé par la présentation fœtale peut se rompre, si on n'intervient pas à temps. La rupture pourra d'ailleurs se produire quel-

ques jours après l'accouchement. S'il ne se produit pas de rupture ni pendant, ni après le travail, le kyste n'en supporte pas moins un traumatisme qui amènera des complications dans les suites de couches. Il n'est pas rare, en effet, de voir, dans les quelques jours qui suivent l'accouchement, le kyste devenir très douloureux et présenter des signes de suppuration. A la suite de cette suppuration, le kyste peut s'ouvrir dans un organe voisin et ainsi évacuer son contenu; si cette ouverture se fait dans l'utérus ou, ce qui est plus fréquent, dans le vagin, on imagine sans peine les conséquences fâcheuses de cette évacuation septique.

On a également noté que, en dehors de toute suppuration, les kystes hydatiques pouvaient être le siège de douleurs très vives pendant plusieurs jours.

D'après ce que nous venons de voir, on peut conclure que si un kyste hydatique et une grossesse peuvent coexister sans trouble, il n'en va pas de même au moment du travail. Il est donc prudent de ne pas attendre ce moment pour agir, d'autant plus que l'opération d'un kyste hydatique au cours de la grossesse n'amène que rarement l'interruption de celle-ci.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des kystes hydatiques génitaux de la femme est des plus difficiles à établir: nous avons vu en effet que les signes caractéristiques faisaient presque toujours défaut.

DIAGNOSTIC POSITIF. — Le diagnostic de siège est celui des autres tumeurs du bassin et n'offre rien de particulier. Ce n'est en général que par exclusion que l'on arrivera à faire le diagnostic de nature de la tumeur. Certains renseignements peuvent cependant nous mettre sur la voie de la vérité.

On se basera sur l'évolution lente et l'accroissement continu de la tumeur; parmi les antécédents de la malade, le rappel d'une opération antérieure pour kyste hydatique d'un autre organe de la cavité abdominale, les poussées d'urticaire ou autres signes d'intoxication hydatique, nous amèneront à une quasi-certitude. La présence de chiens vivant en contact avec la malade, les séjours plus ou moins longs de celle-ci dans des régions manifestement infestées d'échinocoques, sont autant de facteurs en faveur d'une échinococcose. Autre signe de présomption mais non de certitude: la multiplicité des tumeurs.

Les seuls signes permettant d'affirmer le diagnostic

sont le frémissement hydatique et l'issue spontanée d'hydatides: ils ont trop rares pour qu'on puisse en attendre la confirmation du diagnostic.

La ponction autrefois couramment pratiquée comme moyen diagnostique doit être proscrite: car non seulement elle n'est pas toujours probante, mais encore elle est dangereuse.

La laparatomie exploratrice nous paraît plutôt le premier temps d'une intervention thérapeutique qu'un procédé de diagnostic, aussi, placerons-nous son étude dans celle du traitement.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Le diagnostic différentiel de ces kystes doit être fait avec toutes les tumeurs pelviennes de la femme.

Affections péritonéales. — L'abcès du petit bassin évolue rapidement et s'accompagne des signes de suppuration.

La pelvi-péritonite pourra amener une confusion d'autant plus aisément que l'évolution des kystes hydatiques est souvent entrecoupée de crises de pelvi-péritonite.

La tuberculisation des ganglions mésentériques s'accompagne de diarrhée alternant avec de la constipation, de fièvre hectique, de sueurs nocturnes; la situation profonde de la tumeur, contre la colonne vertébrale, la présence de lésions tuberculeuses du poumon empêchent de confondre cette affection avec un kyste hydatique.

Le cancer du péritoine s'accompagne d'ascite et amène une cachexie beaucoup plus rapide avec teinte jaunepaille des téguments.

L'ascite présente une matité se déplaçant avec les changements de position de la malade.

Affections des parois du bassin. — Les exostoses, en raison de leur dureté et de leur union intime avec le squelette du bassin, ne seront pas cause d'erreur.

Les chondromes forment des tumeurs circonscrites, très mamelonnées, de consistance très dure et élastique, mais pas égale partout.

Les sarcomes kystiques, également mamelonnées sont surtout très adhérent et de consistance très variable : dure à certains endroits, fluctuante à d'autres.

Affections ovariennes. — Le kyste de l'ovaire est certainement l'affection dont le diagnostic est le plus difficile avec les kystes hydatiques pelviens. Il a en effet la même forme, la même évolution, les mêmes caractères physiques ; cependant la consistance en est moins dure, moins élastique et la fluctuation souvent plus nette.

Les kystes dermoïdes sont plus faciles à reconnaître, en raison de leur caractère nodulé spécial et des différences de consistance : dureté osseuse par place alternant avec des points où la fluctuation est des plus nettes.

Les tumeurs fibreuses de l'ovaire sont très rares et on n'aura en général pas à y penser. Il en est de même du cancer de cet organe qui s'accompagne d'ascite et amène très rapidement une cachexie profonde.

Affections tubo-ovariennes. — Les salpingites et salpingo-ovarites présentent une douleur nettement localisée sur le côté de l'utérus, exaspérée par le toucher et le palper ainsi qu'au moment des règles. Elles s'accompagnent de poussées inflammatoires fébriles.

La rupture d'un pyosalpinx entraîne rapidement des phénomènes péritonéaux très nets et ne semble pas devoir prêter à confusion.

Plus souvent des kystes hydatiques enflammés ont pu être pris pour des hématoécèles retro-utérines. Cependant le début brusque, la tuméfaction dans le cul-de-sac postérieur impossible à délimiter exactement, la consistance dure mais inégale, les douleurs vives et souvent une coloration caractéristique de la muqueuse vaginale au niveau du cul-de-sac postérieur, sont autant de signes en faveur de l'hématoécèle qui permettront, en général, de poser le diagnostic.

Affections utérines. — Il faut considérer deux cas : la femme n'est pas enceinte ; la femme est enceinte. Dans le premier cas, ce sont surtout les fibromes qui peuvent prêter à confusion ; cependant les tumeurs fibreuses utérines produisent plus fréquemment des troubles menstruels. Les hémorragies se répètent avec parfois une fréquence et une intensité inquiétantes. A l'examen, on trouve une tumeur faisant corps avec l'utérus et présentant des bosselures à sa surface. Rappelons que les fibromes se ramollissent pendant la grossesse et peuvent alors plus facilement en imposer pour des kystes hydatiques.

Exceptionnellement on a pu confondre un kyste hydatique avec une déformation utérine ; dans le cas de Leudet, le diagnostic porté fut : rétroflexion utérine.

Si la femme est enceinte on pourrait tout au moins au début prendre une grossesse pour un kyste hydatique ; l'évolution ultérieure et l'apparition des bruits du cœur fœtal tranchent définitivement la question.

La grossesse compliquée d'hydramnios peut aussi prêter à confusion.

Une grossesse ectopique simule un kyste juxta-utérin; mais les signes de grossesse, les hémorragies, l'expulsion de caduque éclairent en général le diagnostic.

L'évolution caractéristique de la môle hydatiforme, les hémorragies et l'expulsion de vésicules hydatiformes caractéristiques ne laissent aucune hésitation.

En tout cas, lorsqu'un doute persiste, l'examen des seins, qui doit toujours être pratiqué chez la femme enceinte, permettra de trancher la question.

Affections du ligament large. — Les kystes du ligament large peuvent amener une confusion avec les kystes hydatiques, d'autant plus facilement que certains d'entre eux contiennent un liquide ayant des caractères physiques et chimiques très voisins de ceux du liquide hydatique. Seule la présence de vésicules filles, de scolex ou de crochets peut fixer sur la nature exacte de la tumeur.

· *DIAGNOSTIC PAR LES MÉTHODES DE LABORATOIRE.* —
Devant l'impuissance des signes cliniques à nous apporter une certitude, on a cherché la solution du problème dans les méthodes de laboratoire.

Eosinophilie. — La première en date est la recherche de l'éosinophilie signalée par Sabrazes au Congrès de médecine de Lille. L'éosinophilie serait le résultat de la réaction antitoxique de l'organisme à l'égard des produits toxiques sécrétés par les parasites. Dans une formule leucocytaire normale, les éosinophiles entrent pour une proportion de 2 à 3 p. 100; pour pouvoir affirmer

l'éosinophilie, il faut obtenir des proportions de 6 à 8 p. 100.

L'éosinophilie normale, ainsi que le bilan leucocytaire du sang présente des variations sensibles sous l'influence de l'alimentation, du climat (elle est plus marquée sous les tropiques), de l'âge (l'enfant a un plus grand nombre d'éosinophiles). Elle peut être masquée par d'autres influences chimiotaxiques, telles que l'infection microbienne.

Cet examen facile à effectuer n'est pas d'une grande valeur, car d'une part l'éosinophilie manque souvent dans l'échinococcose, d'autre part, elle n'est pas spécifique. Nombre d'autres parasites, tels que oxyures, lombrics, ténias, ankylostomes, etc, peuvent également produire cette réaction. On a aussi noté l'éosinophilie dans les affections cutanées (impétigo, pemphigus, eczéma, gale, piqûres de moustiques), dans certains états diathésiques et même certaines névroses.

PRÉCIPITO-DIAGNOSTIC. — La réaction de Fleig et Lisbonne nous apparaît comme plus spécifique que la recherche de l'oésinophilie; d'une technique simple et facilement praticable avec des moyens restreints, elle malheureusement fort inconstante. Elle n'est positive que dans un tiers environ des cas de kystes hydatiques. Elle est liée à la plus ou moins grande aptitude de certains liquides hydatiques à produire la précipitation. Ce précipito-diagnostic peut être d'une grande utilité, mais son absence ne peut faire rejeter l'idée de kyste hydatique.

SERO-DIAGNOSTIC. — Weiberg, en 1909, publia les résultats de ses recherches sur la présence d'anticorps spécifiques chez les porteurs de kystes hydatiques; il rendit sensible cette présence d'anticorps grâce à la méthode de Bordet-Gengou. Il est arrivé aux conclusions suivantes: « Le sérum des malades atteint d'échinococcose renferme des anticorps spécifiques; ces anticorps n'amènent la fixation du complément qu'en présence du liquide hydatique ». Le sero-diagnostic, quoique plus sûr que les deux méthodes précédentes n'est cependant pas d'une rigueur absolue. On le voit parfois se montrer négatif alors que l'intervention ou l'évolution prouvent que l'on avait réellement affaire à un kyste hydatique.

Dans bien des cas pourtant, cette réaction permettrait d'établir le diagnostic si, en présence d'une tumeur pelvienne, on pensait à la faire rechercher.

TRAITEMENT.

La conduite à tenir en présence d'un kyste hydatique génital diffère suivant que la femme est enceinte ou ne l'est pas.

Lorsque la femme n'est pas enceinte, deux voies s'offrent à l'opérateur pour aborder la tumeur : la voie vaginale et la voie abdominale.

La ponction vaginale, avec ou sans aspiration, suivie ou non d'injection parasiticide, quoique exposant moins que la ponction par voie rectale à l'infection du kyste, est également délaissée, car elle est dangereuse et souvent impraticable en raison du nombre parfois considérable des vésicules filles.

L'ouverture large du kyste par colpotomie a encore quelques partisans, entre autres Chueco (1) veut y voir la voie de choix pour les kystes solitaires, surtout chez les obèses, les tarées, les cardio-rénales qui supportent mal une opération aussi choquante que la laparotomie.

Malgré certains avantages, la voie vaginale présente des inconvénients assez importants pour justifier l'abandon presque général dont elle est l'objet. Parmi ceux-ci,

(1) CHUECO. Indications de la voie vaginale dans le traitement des kystes hydatiques pelviens, *La Semana Medica*, décembre 1922, *Analyse in Journ. de Chir.*, 1923, p. 648.

le plus grave est de ne pas permettre l'exploration de la cavité abdominale : des kystes naissants impossibles à déceler cliniquement, mais visibles par laparotomie, passent ainsi inaperçus et continuent leur développement.

La voie répondant à la majorité des cas nous paraît être la voie abdominale. En 1891, Tuffier (1) la préconisait déjà comme la voie de choix : « Elle permet d'aborder facilement et sans danger la tumeur, elle crée une voie suffisante pour l'évacuation complète des hydatides, elle est facilement maintenue aseptique. Enfin c'est la voie que nous indique l'évolution naturelle des kystes qui viennent pour ainsi dire au-devant de nous dans cette région.

Après laparotomie, divers procédés ont été préconisés : suivant les cas, il peut être utile d'employer l'un plutôt que l'autre.

L'énucléation de la vésicule mère intacte est très rarement praticable. Elle est toujours très dangereuse : la vésicule mère formée de parois minces et contenant du liquide sous pression constitue, suivant le mot de Dédé, une véritable « bombe liquide » qui risque à tout instant d'éclater et d'inonder le champ opératoire.

La décortication ou extirpation du kyste expose au même danger : elle consiste à décortiquer le kyste en se tenant en dehors de l'aventice, de façon à l'enlever en bloc comme une tumeur. Outre le danger de rupture, cette technique fait courir le risque d'hémorragies en nappe très difficiles à arrêter.

(1) TUFFIER. *Congrès français de chirurgie de Paris*, 3 avril 1891, p. 569.

La méthode applicable à la plupart des cas semble être la réduction simple de la poche sans drainage après formolage et évacuation du contenu. Sitôt la tumeur reconnue, il est bon de garnir le champ opératoire de compresses afin de garantir le reste de la cavité péritonéale, en cas de rupture inopinée du kyste. On ponctionne la tumeur avec un trocart moyen de façon à vider la poche en totalité ou en partie; on injecte ensuite par le trocart, laissé en place, une quantité égale à celle du liquide retiré d'une solution de formol à 2 p. 100 qu'on laisse en contact pendant quelques minutes. On évacue le contenu kystique par incision de la poche. Il faut avoir bien soin de rechercher les vésicules filles exogènes développées dans l'adventice et pour être sûr de les détruire, pratiquer un lavage de la poche à l'aide d'une compresse imbibée d'une solution de formol à 5 p. 100. Il ne reste plus qu'à réduire la poche et refermer la paroi sans drainage. Cette technique est celle décrite par Dévé dans son étude sur les kystes hydatiques du bassin parue dans la *Revue de Chirurgie* de 1924.

Certains opérateurs préfèrent, après formolage, pratiquer le capitonnage de la poche selon la méthode de Delbet et réduire en refermant sans drainage.

Pour les kystes suppurés, le drainage au point déclive, par le cul-de-sac de Douglas est généralement indiqué. Dans quelques cas, la marsupialisation de la poche peut rendre des services, mais ce n'est qu'un pis-aller.

Afin de remplacer l'action parasiticide du formolage, J. Arcé (1) avait préconisé l'action des Rayons X sur les

(1) ARCÉ (J.). *Bull. de l'Académie de Médecine de Paris*, 1924, p. 1290.

kystes hydatiques avant de les opérer. Dévé, par des expériences dont les résultats sont consignés dans les comptes rendus de la Société de Biologie (séance du 18 octobre 1924) prouva que les Rayons X n'avaient aucun pouvoir parasiticide sur les éléments dangereux des kystes hydatiques. Un article du même auteur, paru dans la *Presse Médicale* (12 février 1927) vient confirmer cette opinion. Dévé y fait l'historique de la question et rapporte une observation de Charbonnel dans laquelle il y eut « échec flagrant de la radiothérapie » ; il conclut en ces termes : « Avec les moyens dont elle dispose actuellement, la radiothérapie des kystes hydatiques constitue une pure illusion ».

Dévé (1) refuta également les essais de vaccinothérapie de l'échinococcose tentés par Pétroff.

Lorsque la femme est enceinte, la conduite à tenir est celle des kystes ordinaires de l'ovaire, avec en plus les précautions déjà mentionnées pour éviter l'intoxication hydatique et les greffes ou récidives post-opératoires.

(1) DÉVÉ. Comptes rendus de la Société de Biologie (Séance du 25 octobre 1924), p. 933.

OBSERVATION

(due à l'obligeance de M. le Professeur MOIROUD)

Double kyste hydatique de la sphère génitale : un de l'ovaire gauche, l'autre dans le tissu cellulaire péri-utérin ; — Indépendance des deux tumeurs.

X..., 47 ans, bergère, n'a jamais quitté les montagnes de Corse. Elle est indemne de tout passé génital et présente tous les signes extérieurs de la virginité. Elle est encore réglée et, si elle a consulté un médecin, c'est en raison d'une augmentation du volume du bas-ventre avec douleurs pelviennes. Elle est adressée à l'Hôtel-Dieu de Marseille avec le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Elle présente en effet à l'examen une tuméfaction sous-ombilicale rénitente et régulière du volume d'une tête fœtale ; cette tumeur est médiane et paraît peu mobile. Au toucher et palper combiné elle ne donne pas la sensation du contact utérin ; mais à cet examen on découvre que le cul-de-sac antérieur est rempli par une masse molle qui paraît se continuer avec la tumeur abdominale.

Intervention. — On intervient avec le diagnostic de kyste de l'ovaire par laparotomie médiane sous-ombilicale après rachianesthésie. On découvre une tumeur kystique développée aux dépens de l'ovaire gauche, uniloculaire à contenu paraissant clair ; elle est extirpée.

On découvre alors que le cul-de-sac vésico-utérin est occupé par une nouvelle masse de consistance pâteuse du volume du poing. Après incision du péritoine, cette masse est disséquée et séparée de la vessie et du col utérin. Ceci crée une large surface cruentée qui rend nécessaire aux fins d'hémostase et de péritonisation, l'hystérectomie subtotale.

Cette seconde tumeur est constituée par un second kyste hydatique, complètement indépendant des organes génitaux et formée par des vésicules filles flétries et abondantes plongeant dans une masse pâteuse et blanchâtre.

Le reste de l'abdomen exploré ne montre aucune autre lésion au niveau du péritoine et du foie.

La guérison est ainsi simplement obtenue.

Il s'agit donc dans cette observation d'un double kyste hydatique de la zone génitale: l'un ovarien pur, uniloculaire, avec membrane germinative nettement formée, kyste vivant; l'autre développé dans le tissu cellulaire péri-utérin et mort paraît plus ancien.

Il paraît bien que le développement de ces deux kystes n'est pas contemporain l'un de l'autre, et que la contamination hydatique s'est faite pour le kyste pré-utérin, par voie sanguine.

L'absence d'infection génitale explique comment ces kystes sont restés longtemps tolérés et ne se sont manifestés que par des signes de compression.

CONCLUSIONS

I. — La localisation des échinocoques sur l'appareil génital de la femme est très rare et ne semble sous la dépendance d'aucune cause déterminante bien établie.

II. — Les kystes hydatiques génitaux de la femme sont, d'une façon très générale, secondaires à des kystes de même nature situés dans d'autres organes abdominaux. Les kystes génitaux primitifs sont l'exception.

III. — De cette origine secondaire, il résulte que ces kystes sont généralement multiples et que, à côté de kystes génitaux purs, se trouvent des kystes juxta-génitaux et abdominaux.

IV. — La symptomatologie de cette affection reste bien imprécise. Aussi, le diagnostic est-il des plus malaisés. Les méthodes de laboratoire, et en particulier la réaction de Weinberg, peuvent être d'un grand secours pour l'élaboration du diagnostic.

V. — L'absence d'infection permet à ces kystes de rester longtemps silencieux.

VI. — L'intervention thérapeutique doit être aussi précoce et aussi complète que possible; la laparotomie

constitue la voie d'accès la plus commode et la plus sûre, non seulement pour atteindre la tumeur, mais aussi, et surtout, pour vérifier le reste de la cavité péritonéale.

Le formolage préalable du kyste, selon la méthode préconisée par F. Dévé, est à l'heure actuelle le seul moyen d'éviter les greffes et les récidives post-opératoires

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE (J.). — Sur quelques formes exceptionnelles de kystes hydatiques. Congrès français de chirurgie, 1910.
- ACHARD. — De l'intoxication hydatique. Arch. génér. de Médecine. Paris, 1889.
- ALBERT. — Des kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale. Thèse de Paris, 1887.
- ALLEN. — Hydatie of pelvic cavity. *Austral Med. Journal*, Melbourne, 1882.
- ALGLAVE. — Volumineux kyste hydatique de la base du ligament large gauche. Rapport de M. P. Lauenay. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie. Paris, 1913
- ALTORMYAN. — Etude sur les kystes hydatiques de l'utérus. *The Lancet*, London, 4 avril 1891.
- ARCÉ (J.). — A propos de l'action des rayons X (radiothérapie profonde) sur les kystes hydatiques. *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, 1924.
- BAR et DAMBRIN. — De la dystocie par kyste hydatique du bassin. *Bull. de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1901. IV.

BARADUC. — Traitement des kystes hydatiques abdominaux. Paris, 1898. Steinheil, éditeur.

BARETTE. — Sur un kyste hydatique de l'utérus traité par incision et marsupialisation de la poche après laparotomie. *Bull. de l'Académie de Médecine*, 10 juillet 1900.

BENOIT. — Kystes hydatiques des trompes. *Bulletins de la Société Anatomique de Paris*, 1896.

— Des kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme. Thèse de Paris, 1897.

BÉZIÈRE (G.). — Contribution à l'étude du formolage préalable des kystes hydatiques (Temps opératoire de F. Dévé). Thèse de Paris, 1913.

BLAIR-BELL. — Hydatid cyst causing obstructed labour. *The Journal of Obst. and Gynec. of British Emp.* vol. 32, n° 1. Analyse: in gynécologie et obstétrique. Paris, 1926, t. XIV.

BLANC et CORNILLON. — Kyste hydatique du ligament large: excision d'une partie de la poche et marsupialisation; Guérison. *Loire Médicale*, St-Etienne, 1901, XX.

BLANCHARD (R.). — (Article «Hydatide»). Dictionnaire encyclopédique des sciences médicale (Dechambre), Paris, 1888.

— Traité de zoologie médicale. Paris, 1886-1888.

BLONDEAU. — Ponction hypogastrique: tout le petit bassin était rempli par une tumeur hydatique. *Bull. Soc. Anatomique*, Paris, 1849.

- BOGI (D.). — Sopra un caso di cisti d'echinococco del legamento largo sinistro. *Rassegna d'ostétri. e Ginecol.*, Napoli, 1920.
- BOISSARD (A.) et COUDERT. — Dystocie par un kyste hydatique du bassin lors de deux accouchements. *Bull. Soc. d'Obsté.*, Paris, 1901. IV.
- BONNAIRE et METZGER. — Kyste hydatique et puerpéralité. Soc. d'Obsté. de Paris, 18 novembre 1909.
- BONNET et FERRAND. — (Article «Ovaires»). Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales (Dechambre), Paris, 1884, 2^e série, t. XIX.
- BOPPE. — A propos du traitement chirurgical des kystes hydatiques. *Bull. Médical*, Paris, 1924.
- BOTTARO. — Distocia por quistes hidaticos pelvianos. *Revista Med. d'Uruguay*, Montevideo, 1903. VI.
- BOUILLY. — Kystes hydatiques de l'epiploon et du petit bassin: Laparotomie. Ablation. *Bull. Soc. Obst.* Paris, 1887.
- Traitement des kystes hydatiques par l'injection de sublimé. Congrès français de chirurgie. Paris, 20 avril 1892.
- BOULEY. — Kyste hydatique multiloculaire du petit bassin. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1881.
- BOURSIER (A.). — Des kystes hydatiques du ligament large. Congrès international Méd. C. R. Section Gynécol. Paris, 1900. — Analyse in: *Annales de Gynécologie*, 1900.

BRAY (J.-L.). — Report of a case of uterine hydatides.
Canadian Practitioner, Toronto, 1888. XIII.

BRIANÇON. — Du frémissement hydatique. Thèse de
Paris, 1878.

BRIEL. — Kyste hydatique de l'utérus compliquant un
accouchement. *Wratch*, St-Petersbourg, n. 10,
1882.

BROSE (P.). — Zur Lehre von den Echinococcen der
Weiblichen Becken Gottingen 8°, Hannover,
1882.

BROUQUEYRE. — De l'éosinophilie générale et locale dans
les kystes hydatiques; sa valeur diagnostique.
Thèse de Bordeaux, 1905-1906.

BUDER. — Kystes hydatiques multiples de l'abdomen et
du bassin. *Bull. Soc. Anat.* Paris, janv. 1887.

CAMERON (J.-A.). — Queensland. Abdomino pelvic hyda-
tides. *The Journal of Obst. and Gynec. of the
British Empire*, octobre-décembre 1914. — Ana-
lise in: *Arch. Mens. d'Obét.* 1917, p. 86.

CASSON (L.). — Trois observations de kystes hydatiques
présumés de l'ovaire ou du ligament large, gué-
ris par la ponction et l'injection iodée. *Revue
Méd. Franç. et Etang.* Paris, 1877. II.

CAREAGA (A.). — Observacion de un caso de hydatides
del utero. *Gaceta Medica*, Mexico, 1894, XXXI.

CARSON (N.-B.). — Report of a case of hydatid cyst of
the broad ligament. *Tr. Am. Assor. Obst. and
Gynecol.*, Philadelphia, 1890, III.

- CHADWICK. — Four cases of echinococci in the female pelvis. *Journal of Obstetrics*, Février, 1875.
- CHAMPETIER DE RIBES et BAUDRON. — Dystocie par kystes hydatiques. *Bull. Acad. Méd. Paris*, 1901.
- CHARCOT. — Deux kystes hydatiques dans le cul-de-sac de Douglas. *C. R. Soc. Biolog. Paris*, 1852.
- Œuvres complètes (Mémoire sur les kystes hydatiques du bassin), Paris 1889, t. VIII.
- CHEMNITZ. — De hydat, echinoc. hominis. Thèse de Halle, 1834.
- CHIARI. — Echinococcus der ligamentum latum utari und der Ala vespertillionis der rechten Seite. *Auz. d. k. k. Gesellsch d. Arrzte*, in Wien 1878.
- CHUECO (A.). — Indications de la voie vaginale dans le traitement des kystes hydatiques pelviens. *La Semana Medica An. XCIX*, n° 1510. Décembre 1922. — Analyse in: *Journ. Chirurg.* 1923, page 648.
- CLARK (S.). — A note on a case of hydatid cyst of the uterus. *The Lancet*, London, 1909, I, 1684. — Analyse in: *Journ. Chirurg.*, 1909, 3, p. 228.
- CORACHON (M.). — Un cas de quiste hydatie del ligament ample. *An. Acad. ylab. de Cienc. Med. de Catalunya*, Barcelona, 1912. VI.
- CRAMWELL (J.) et VEGAS (J.-H.). — Traitement des kystes hydatiques. Congrès intern. Amer. de Méd. et Hyg. Buenos-Aires, 1910. — Analyse in: *Journal Chirurg.*, Paris, 1910, p. 20.

- CULLINGWÆTH (J.) et CLUTON (M.-H.). — Notes on a case of hydatides of or connected with both ovaries, Right broad ligament, Liver; Omentum, Mesentary and other parts. *The Journal of Obst. and Gyneco.*, 1904, vol. VI, n° 1.
- CUZZI (A.). — Echinococco della cavita uterina. *Ginecologia*, Firenze, 1910, VII. — Analyse in: *Jour. Chir.* Paris,, 1911, p. 354.
- DANLOS (J.). — Influence du traumatisme accidentel considéré comme cause occasionnelle des kystes hydatiques en général. Thèse de Paris, 1879.
- DARBY. — Hydatids of the uterus. *The Lancet*, London, 1897. I.
- DARLY. — Kyste hydatique de l'utérus. *British Med. Journ.* London, 30 mai 1874.
- DAVAINE (C.). — Traité des entozoaires et des maladies vermineuses. Paris, 1877, 2^e édition.
- DELBOVE. — De l'intoxication hydatique. Bull et Mém. Soc. Méd. Hôpit. Paris, 9 mars, 1888.
- DELACOURT (E.). — De la dystocie par kyste hydatique du bassin. Thèse de Paris, 1901-02.
- DEMONS. — Kyste hydatique de l'ovaire. Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pedia-trie, 1895.
- DERMIGNY (A.). — Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme. Thèse de Paris, 1893-1894.

- DÉVÉ (F.). — De l'échinococcose secondaire. Thèse de Paris, 1901.
- Des greffes hydatiques post-opératoires. *Revue de Chirurgie*, Paris, 1902.
 - De l'intoxication hydatique post-opératoire. *Revue de Chirurgie*, Paris, 10 mai, 10 juin, 10 juillet 1911.
 - Les kystes hydatiques du bassin. *Revue de Chirurgie*, Paris, 1924.
 - Au sujet d'une prétendue vaccinothérapie de l'échinococcose par le liquide hydatique. C. R. de la Société de Biologie de Paris, 1924, XCI.
 - Kyste hydatique et radiothérapie. *Presse Médicale*, 12 février 1927.
 - et BILLARD. — Kyste hydatique et radiothérapie. C. R. de la Société de Biologie de Paris, 1924, XCI.
- DIALTI (G.). — Echinococco primitivo del legamento largo. *Atti. d. r. Acad.* Siena, 1909.
- DOLÉRIS. — Kystes hydatiques du bassin chez la femme : Salpingite double à échinocoques. *Journ. Méd.* Paris, 1896.
- DUCAROS. — Kystes hydatiques multiples dont l'un dans l'excavation, empêchait l'accouchement. Société d'Obstétrique et de Gynécologie, Paris. Séance du 9 juillet 1923.

- DUMBAR HOOPER. — Persistent pelvic invasion. *The Journ. of Obst. and Gynéco. of the British Empire*, october, décembre 1914. — Analyse in: *Archives Mensuelles d'Obstétrique*, 1917.
- DUMONT. — Kyste hydatique de l'ovaire. *Bull. de la Soc. d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 1889.
- DUPLAY (S.). — Kystes hydatiques du petit bassin. *Arch. Méd., Paris*, juin 1887.
- EMMERT. — Kystes hydatiques multiples du foie et du petit bassin. *Witembergester correspondenzblatt*, 1871.
- EVANS (O.). — Uterine hydatides. *Cincin. Lancet-Clinic*, 1899.
- FAILLA (G.). — Tumori cistici delle ovaie e della pelvi: echinococchi degli annessi della pelvi. *Rivista d'Ostet. et Ginecol., prati*, Palermo, 1926, VIII.
- FAIRHANK. — Hydatides in the pelvis cause of retention of urine. *Clinical Society's Transactions*, London, 1892.
- FEKETE. — Un cas de kyste hydatique du bassin. *Soc. de Gynecol. de Budapest*; séance du 3 décemb. 1912.
- FERVAL. — Des kystes hydatiques du bassin intra-péritonéaux primitifs ou secondaires. Thèse de Paris, 1899-1900.
- FIDEN (T.-W.). — A case of Primary hydatid. Disease (echinococcus) of the Fallopian tube. *The Journ. of Obst. and Gynecol.*, 1904, vol. VI, n° 1.

FRANTA (J.). — Kystes hydatiques du tissu cellulaire du petit bassin. *Annales de Gynéc.*, Paris, 1900, II.

— Les kystes hydatiques du bassin et de l'abdomen au point de vue de la dystocie. *Annales de Gynécologie et d'Obst.*, Paris, 1902, t. VII et VIII.

FREUND. — Uber echinococcen in Weiblichen Becken. Vortrag an der Badener Naturforschersammlung-Centralbl. f. Gynakol, 1879, n° 21.

— Poches hydatiques multiples rétro-utérines : Ponction et incision : mort. *Gynakol. Klinik*, 1885.

FREUND et CHADWICK. — Kyste hydatique suppuré du cul-de-sac de Douglas : Ouverture dans le rectum, la vessie, l'utérus et le vagin : mort. *Gynakol-Klinik*, 1885.

FRONTGOS. — Du kyste hydatique de la trompe. Thèse de Bordeaux, 1907-1908.

GAU. — Des kystes hydatiques du ligament large. Thèse de Montpellier, 1903-1904.

GIBB (W.-T.). — Hydatid disease of the ovary. *Ann. Gynec. and Pediat.*, Boston, 1906, XIX.

GOULLIoud et SAUNIER. — Présentation d'un cas de kyste hydatique primaire du bassin. *Lyon-Médical*, 25 février 1921.

GROSS (O.-B.). — A case of hydatid disease of the uterus. Tr. M. Soc. M. Jersey. Newark, 1882.

HAHN et LEFÈVRE. — (Article (Echinocoques)). Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales (Dechambre), Paris, 1885, t. 32, 1^{re} série.

- HAMILTON. — Primary hydatid of the pouch of Douglas.
The Journ. of Obsté. and Gyneco. of the British Empire, oct., décem. 1914. — Analyse in:
Arch. Mens. d'Obst. 1917, p. 86.
- HERMAN (G.). — A case of pelvic hydatid forming a retro-uterine tumour and causing retention of urine. *The Lancet*, 1896, II.
- HOCHÉ. — Kyste hydatique tubaire. *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1903.
- HOOPER (J.-W.-P.). — Suppurated hydatid of broad ligament, with rotation of pedicle. *Austral. Med. Journ.*, Melbourne, 1895.
- JONES. — Extrême retroversion de l'utérus avec hydatides. *The Lancet*, 1879, I.
- JOHNESCO (T.). — Kyste hydatique pelvien. *Bull. et Mém. Soc. Chir. Bucarest*, 1904-1905.
- KASSLER. — Beckengeschwülste und Echinococcen des Beckenknochen (Iéna), 8° Mülhausen i Thür, 1902.
- KHARTEN. — Rare case of echinococcus of the ovary and Fallopian tube. *Med. pribav, k.orsk Sbornikn*, St-Petersbourg, 1901.
- KINKEAD (R.-J.). — Notes of a case of uterine hydatides. *Med. Presse and Circ.*, London, 1901, XXI.
- KUCHENMEISTER (W.). — Die thierischen Parasites (Liepzig), 2° édition.

- KUZMIN (S.-J.). — Echinococcus of the uterus. *Khirurgia-Mosk*, 1903. XIII.
- LAVIGNE SAINTE-SUZANNE. — Etude sur les kystes hydatiques du petit bassin. Thèse de Bordeaux, 1893-1894.
- LAWSON TAIT. — Traité clinique des maladies des femmes. Traduit de l'anglais par A. Bictrix. Paris, 1891. G. Stenheil, éditeur.
- LEHMANN. — Uber den Echinococcus cysticus des Weiblichen genitales. *Zentralblatt für Gynakologie*, 1925, n° 8. — Analyse in : Gynécologie et Obstétrique, 1926, n° 2, p. 158.
- LEJARS. — Kyste hydatique de l'utérus et de l'excavation pelvienne. Bull. Soc. Chir. Paris, 1901.
- LEMAIRE (G.). — Kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme. Thèse de Paris, 1909-1910.
- LEMONIER. — Des kystes hydatiques du ligament large. Thèse de Paris, 1896-1897.
- LE NADAN. — Kystes hydatiques de l'ovaire. Thèse de Bordeaux, 1896-1897.
- LETULLE. — Note sur deux tumeurs hydatiques de l'excavation pelvienne. Bull. Soc. Anat. Paris, 1885, X.
- LHUILIER. — De la rétention d'urine dans les kystes hydatiques du petit bassin. Thèse de Paris, 1902-1903.

- MACDONAL (J.-F.). — Notes of a case of uterine hydatides. *Maritime M. News*, Halifax, 1888-1889, I.
- MASSERON (Ph.). — Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. Thèse de Paris, 1882.
- MARCHANT (G.). — Kyste hydatique de l'ovaire au voisinage d'un kyste hydatique pelvien. *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1902.
- MARTIN (A.). — Kyste hydatique du bassin. *Normandie Médicale*, Rouen, 1904.
- MARTIN (C.). — Etude sur le précipito-diagnostic du kyste hydatique. Thèse de Montpellier, 1908-09.
- MARTIN (H.-N.). — Hydatids of the uterus. *Homo. Journ. Obst.*, New-York, 1881-1882.
- MARTINI. — Kyste hydatique du cul-de-sac de Dôuglas. *Breslauer Aerztl. Zeitschrift*, 1879.
- MAYER. — Ein fall von Echinococcus in Beckenbindegewebe. *Inauguralis Dissertation*. Gueissen, 1900.
- MEIER SONTAG. — Echinococcus in Weiblichen Becken. *Disert. inuagur.* Halle, 1889.
- MERMET (P.). — Double hydrosalpinx et kyste hydatique. *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1896.
- MICHEL et HAMANT. — Kyste hydatique du ligament large. *Rev. Méd. de l'Est*, Nancy, 1920.
- MICHON, CREYSSSEL et GARDÈRE. — Kystes hydatiques suppurés du petit bassin. *Soc. Nat. de Méd. et des Sciences Méd. de Lyon*, 21 mai 1924. *Lyon Médical*, 1924.

- MILLER. — Le kyste hydatique de l'ovaire. *Zentralblatt für Gynakol.* Leipzig, n° 10, 1926.
- MINERVINI. — Cisti da échinococco del legamento largo dell'utero. *Giorn. Intern. d. Sc. Méd. di Napoli*, 1910, XXXIII.
- MOORE (W.). — The treatment of hydatid cystis situated low in the pelvis. *Intercolon. M. Cong. Australus*. Tr. 1899, Brisbane, 1901.
- MURCATOFF. — Echinococcus of the pelvic cellular tissue. *Med. Obozr*, Moskou, 1889, XXXI.
- MURPHY (Th.). — Multiple primary hydatids of the pelvis. *The Journ. of Obst. and Gyneco. of British Empire*. Octobre-décembre 1914. — Analyse in: *Arch. Mens. d'Obsté.*, 1917, p. 86.
- MEYRET. — Des kystes hydatiques du tissu cellulaire du petit bassin. Thèse de Paris, 1863.
- NICAISE et SALOMON. — Kyste hydatique du petit bassin ayant dédoublé la cloison recto-vaginale. *Bull. et Mém. Soc. Anat.*, Paris, 1900.
-
- NICOLIEFF (J.). — Sull echinococcosi dell'utero et degli annessi. *Riforma Medica, Napoli*, 1922, XXXVIII.
- NORMAN. — Multiple pelvic hydatids. *The Journ. of Obst. and Gynecol. of the British Empire*. Oct.-décembre 1914. — Analyse in: *Arch. Mens. d'Obst.*, 1917, p. 86.

- OLIVER (J.). — Multilocular or alveolar hydatid in the left broad ligament complicated by pregnancy. *The Lancet*, London, 1912. I. — Analyse in: *Journal de Chirurgie*, 1912, p. 115.
- ORLOFF (V.-N.). — Echinococci in the female pelvis. *Russk. Vrach*, St-Petersbourg, 1905. IV.
- OSBORN. — Hydatides utérines (Observation sur un cas d'). *British Medical Journal*, London, octobre, 1862.
- PAGE. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques pelviens chez la femme. Thèse de Paris, 1912-1913.
- PÉAN et SECHEYRON. — Etude sur les kystes hydatiques de l'utérus. Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avancement des sciences. Toulouse, septembre, 1887.
- PÉTRIDÈS. — Kyste hydatique pelvien. Société de Chirurgie de Lyon, 1925.
- PICQUÉ. — Kyste hydatique de l'utérus et de l'excavation pelvienne. *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1901.
- PILLOT (C.). — Kystes hydatiques du foie, du poumon droit et de l'ovaire droit. *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1883.
- PINARD. — Dystocie produite par la présence d'un kyste hydatique remplissant l'excavation du bassin. *Journ. des Sages-Femmes*, Paris, 1887, XV. — *Annales de Gynéco.* Paris, avril 1888.

POGGI (A.). — Due casi importanti di echinococco del setto retto-vaginale. Bologna. *Regia tipografia*, 1890.

PORAK. — Des kystes du petit bassin au point de vue de la dystocie. *Gaz. Hebd. Med.*, 1884.

POTOCKI. — Kystes hydatiques de l'excavation pelvienne. Bull. Soc. Anat. Paris, 1886.

QUAIN. — Kyste hydatique du bassin; ponction par le rectum. Suppuration du sac. Guérison. *Med. Times and Gazet*, London, mai 1860.

QUEMIN (L.). — L'injection parasiticide préalable dans le traitement opératoire des kystes hydatiques. Thèse de Paris, 1908-1909.

REBOUL (J.). — Kystes hydatiques du ligament large et du bassin. Assoc. franç. de Chir. Proc.-verb. Paris, 1903.

REIMANN. — Un accouchement compliqué d'échinococques. *Le Médecin* (en russe), 1882, n° 10. — Analyse in: *Annales de Gynécologie*, Paris, 1882, II.

RESINELLI (G.). — Cisti da echinococco del legamento largo. *Ginecologia Firenze*, 1906, III.

REYNAUD (A.). — (Article «Hydatide»). Dictionnaire de Médecine. 2^e édition, Paris, 1837. XV.

RIGGS (W.-J.). — A case of hydatides of the uterus. *Pittsburgh Med. Journa.*, 1882, II.

ROUTIER et SIEUR. — Kystes hydatiques du petit bassin.
Bull. Soc. Chir. Paris, 2 juillet 1913.

SAUNIER. — Kystes hydatiques du bassin chez la femme.
Thèse de Lyon, 1920-1921.

SCHATZ. — Echinococcus in Ligamentum latum. Arch. f.
Gynak. Berlin, 1876. IX.

— Die Echinococcen der genitalien und der Kleinen
Beckens beim Weibe. (Suttgart, 1885, in 8°).

SCHMIDT. — Neber Echinococcus in Weiblichen Becken:
in Anschluss an einen in der hiesigen gynako-
logischen Klinik beobachteten Füll. 8°, Halle,
1893.

SCHNÖDER. — Kyste hydatique du cul-de-sac de Dou-
glas. Extrait du Mémoire de Freund.

— Maladies des organes génitaux de la femme.
Paris, 6^e édition française, 1886.

SCHULTZE. — Echinococcus der rechten ovarium neben
zahlreichen. Echinococcen der peritoneum.
Fertschr. z. Feier d. 50. Jubil. d. Gesellsch. f.
Geburtsh. u. Gynak. in Berl. Wien. 1894.

— Wieder ein Echinococcus ovarii dextri. Ztschrift
für Geburtsh. u. Gynak. Stuttgart, 1898.
XXXVIII.

SENEVET et WITAS. — Enquête sur l'échinococcose en
Algérie. Archives de l'Institut Pasteur d'Algé-
rie, septembre 1926.

- SHERMAN. — Hydatides of the uterus Homéopath.
Journ. Obst. New-York, 1889.
- SIMPSON. — A hydatid cyst. in the ovary. *British Med. Journal*, London, 1904.
- SPEIDEL et HAYS. — Uterine hydatides followed by full term pregnancy and the diagnostis of chorio, epitheliona in the puerperium. *Kentucky Med. Journal* Bowling Green, 1911. IX.
- SPENCER WELLS. — Tumeurs de l'ovaire et de l'uterus, 1883.
- STINELLI. — Cisti da echinococco sotto mucosa dell'utero. *Gazzetta internazionale di Medicina*. Napoli, 1908. X.
- SUTTON (J.-B.). — On an echinococcus cyst (hydatid) of the ovary. *Clin. Journa.* London, 1901. XIX.
- TARGETT (J.-H.). — Hydatids in the bony pelvis. Tr. Obst. Soc. London, 1895. XXVI.
- THOMAS (H.). — Case of uterine hydatids accompagned with icterus (Obst.). *Birmingham Medical Review*, 1883. XIII.
- TISSIER et DEFOSSES. — Kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen depuis 18 ans, généralisation sur toute la surface péritonéale de l'intestin, du mésentère des ligaments larges et de l'utérus. Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et de Gynécologie, Paris, 1897.

TITTEL. — Neber einen Fall von echinococcus der Gebärmutter und der Eierstöcke. Archiv. für Gynäkologia, Berliner, 1907.

TROUSSEAU. — Clinique Médicale de l'HôtelDieu, Paris, tome III, 5^e édition.

TUFFIER. — De l'incision sus-pubienne appliquée au traitement des kystes hydatique sde la région rétro-vésicale. Congrès français de Chirurgie, Paris, 1891.

TURENNE. — Primary hydatid cyst of the uterus. *Surgical Gynecol. and Obstetri.* Chicago, 1918. XXVI.

VEAU (V.). — Kyste hydatique du ligament large. Bull. Soc. Anat. Paris, 1896.

VEGAS (H.). — Los quistes hidaticos en la República Argentina. Buenos-Aires, 1901. *Revue de Chirurgie*, Paris, avril, 1901.

VILLARD. — Kyste hydatique volumineux du cul-de-sac de Douglas. Ouverture dans le vagin: mort. *Ann. de Gynéco.*, Paris, 1878.

— Kyste hydatique du petit bassin. Congrès français de Chirurgie. Paris, 1892.

WATSON et WAX. — Priary extra peritoneal hydatids of the pelvis. *Journ. of. Obst. and Gyneco, of the British Empire*, 1914. — Analyse in: Arch. Mens. d'Obst., 1917, p. 84.

WEINBERG. — Sero-diagnostic de l'échinococcose. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1909.

WIENER. — Ueber Echinococcengeschwülste der Beckens. *Arch. f. Gynakol.* 1877. II.

WILSON (G.). — Three cases of invasion of the broad ligament by solitary hydatid cysts. *Journ. of Obst. Gyneco. of the British Empire*, 1914. — Analyse in: *Arch. Mens. d'Obst.* 1917, p. 87.

YOUNG (Taylor) et WELSH. — Primary echinococcal invasion of the ovary, with notes on other pelvic hydatids collected from various sources in Australia. *The Journal of Obst. and Gyneco. of the British Empire*. Oct.-décembre 1914. — Analyse in: *Arch. Mens. d'Obst. et de Gyneco.* 1917, p. 84.

En ma qualité de censeur de jour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

**Contribution à l'étude des kystes
hydatiques des organes génitaux chez
la femme.**

par M. René PENEL

Je pense que la Faculté peut en per-
mettre l'impression.

Montpellier, le 3 mars 1927

Le Professeur :

JEANBRAU.

Vu :

Montpellier, le 3 mars 1927

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 3 mars 1927

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

